

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 janvier 1896, à 1 heure

Par PAUL SAUTIEUX

Né à Cambrai (Nord), le 18 novembre 1868

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DES

CORPS ÉTRANGERS

DE L'ESOPHAGE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. BROUARDEL, professeur.
HUTINEL, HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1896

107

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0022

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 janvier 1896, à 1 heure

Par PAUL SAUTIEUX

Né à Cambrai (Nord), le 18 novembre 1868

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DES

CORPS ÉTRANGERS

DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { HUTINEL, HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	WÉNEPIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WÆTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT
DES
CORPS ÉTRANGERS
DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Un cas d'œsophagotomie externe que nous avons vu pratiquer par M. le Dr Chaput dans le service de M. le Dr Prengrueber nous a donné l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à quelques considérations sur les corps étrangers de l'œsophage et principalement sur leur traitement.

Nous montrerons d'abord les dangers de l'expectation, les difficultés qu'accompagnent quelquefois le diagnostic ; les divers procédés mis en œuvre pour l'extraction des corps étrangers, les traumatismes que produisent des ten-

tatives répétées parfois violentes, les accidents trop souvent mortels qu'ils provoquent.

Nous parlerons des interventions sanglantes, bien réglées dans leur manuel opératoire, dont les résultats chaque jour plus brillants viennent remplacer les échecs ou les désastres des anciennes méthodes toujours aveugles et quelquefois brutales.

En un mot, nous traiterons de l'œsophagotomie externe, de la gastrotomie combinée ou non à l'œsophagotomie, et enfin nous dirons quelques mots d'une opération préconisée par MM. Quénu et Hartmann (1891), de l'œsophagotomie par le médiastin postérieur.

Mais avant d'aller plus loin dans notre sujet, au moment où nous nous apprêtons à quitter cette Faculté, qu'il nous soit permis de remercier une fois encore les maîtres qui nous ont guidé de leurs conseils bienveillants.

Que M. le professeur Tillaux, MM. les D^{rs} Walther Letulle, Hanot, Monod, que M. le professeur G. Sée, MM. les D^{rs} Talamon, Chaput à qui nous devons le sujet de notre thèse, M. le professeur Pinard, M. le D^r Varrier veuillent bien recevoir ici toute l'expression de notre gratitude.

Nous sommes confus de l'honneur que M. le professeur Berger a bien voulu nous faire d'accepter la présidence de cette thèse : nous l'en remercions bien sincèrement.

I

QUELQUES MOTS SUR L'ANATOMIE DE L'ŒSOPHAGE.

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du cartilage cricoïde, au niveau de la sixième vertèbre cervicale, à l'estomac sur une étendue de 25 centimètres environ.

Il présente, au point de vue de notre sujet, des particularités très intéressantes. Sa situation en arrière de la trachée, qu'il déborde légèrement à gauche, dans son trajet cervical, nous montre d'abord de quel côté il sera le plus accessible à l'opérateur dans cette région.

Entouré de toute part d'organes d'importance capitale : la trachée, les bronches, la plèvre, les poumons, les carotides et leurs branches, les veines azygos, l'aorte, le péricarde, le cœur, on conçoit quelle gravité peuvent acquérir la perforation et l'inflammation d'un pareil organe. Hémorragies, troubles de la respiration, suppuration de la plèvre, abcès dans le tissu cellulaire péri-œsophagien, telles sont les complications les plus fréquentes dont nous donnons quelques exemples tout à l'heure.

Mais s'il est intéressant de savoir quels seront les organes menacés quand il y aura perforation, il ne l'est pas moins de connaître où cette dernière se fera de préférence, l'étude des divers rétrécissements de l'œsophage donnera en partie la solution de cette question.

Si l'on s'en rapporte aux mensurations faites par Mouton (Thèse de Paris, 1874) on trouve qu'à l'origine de l'œsophage, son diamètre est de 12 millimètres.

A un peu moins de 7 centimètres de l'origine, puis à 22 centimètres on trouve 14 millimètres de diamètre. Ce qui nous montre que l'œsophage présente son maximum de rétrécissement au niveau du cricoïde ; qu'en ce point il est resserré entre deux plans résistants : l'appareil laryngien en avant, la colonne cervicale en arrière (sixième cervicale environ).

Le second rétrécissement siège au niveau de la troisième vertèbre dorsale : or, la crosse de l'aorte remontant chez l'adulte jusqu'à 20 millimètres au-dessous de la fourchette du sternum et se portant ensuite à gauche, en arrière et en bas, se trouve en rapport avec l'œsophage précisément à la hauteur de cette troisième vertèbre dorsale.

A 21 centimètres de son origine l'œsophage mesure encore son diamètre minimum de 12 millimètres et cela, sur une étendue de 5 centimètres.

C'est donc une sorte de filière que le bol alimentaire doit traverser avant d'arriver au cardia.

En dehors de ces rétrécissements normaux, il peut se faire que le corps étranger rencontre un étranglement cicatriciel, un diverticule, toutes circonstances inatten-

dues qui feront varier quelquefois le lieu d'élection de ce corps. Quoiqu'il en soit, nous voyons qu'il existe trois points principaux de stase pour les corps étrangers :

1° Au niveau du cricoïde où l'œsophage présente des rapports avec la plèvre gauche, la trachée ;

2° Au niveau du hile pulmonaire, de l'aorte (et l'on prévoit toute la gravité de ce voisinage) où il contracte des rapports avec les oreillettes en avant, l'aorte à gauche, la veine azygos, en arrière ;

3° Au niveau du cardia où l'aorte vient encore se placer sur son côté gauche.

De ces rapports, il est facile de prévoir que la principale complication des plaies œsophagiennes sera l'hémorragie ; que la seconde sera les suppurations intéressant le tissu cellulaire du médiastin, les organes qui y sont contenus.

II

DES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC ; DES DANGERS DE L'EXPECTATION.

Supposons qu'un malade se présente à nous accusant un corps étranger du pharynx ou de l'œsophage. Il importera, avant de se tracer un plan de conduite, de faire le diagnostic non-seulement du siège, mais aussi de la réalité de l'obstacle. Cette question qui, de prime abord, paraît facile à résoudre, l'est en effet dans l'immense majorité des cas. Mais, bien que nous nous écartions un peu de la ligne tracée, nous rappellerons quelques faits qui prouveront l'embarras du médecin dans certaines circonstances :

Une jeune fille de 21 ans, bien portante d'ordinaire, arrive à l'hôpital disant avoir avalé une épingle. A son entrée, elle accuse des symptômes généraux assez alarmants : oppression, angoisse, douleur, aphonie. Le lendemain après une bonne nuit, l'exploration complète ne révèle absolument rien dans le conduit pharyngo-œsophagien : la déglutition d'un quartier d'orange sans diffi-

culté ni douleur rend la certitude plus complète encore. On est amené à examiner avec plus de soin l'état nerveux de la malade, on finit par reconnaître qu'elle était hystérique.

Après plus ample informé, on apprend que cette jeune fille, à la suite de discussions avec sa famille, n'a rien trouvé de mieux pour se venger d'elle que de simuler l'affection dont elle s'était plaint (Verneuil, *Gaz. hosp.*, Paris, 1879).

Quelquefois le corps étranger est parti spontanément et cependant les malades accusent les mêmes symptômes que lors de sa présence.

Tantôt le patient ne se doute nullement du danger qu'il porte dans son œsophage; il ignore, par exemple, qu'il a avalé un os en prenant rapidement une tasse de bouillon. Témoin cet homme reçu dans un service de médecine pour accès fébriles et léger œdème du cou et que la formation d'un abcès en cette région fit passer dans le service du professeur Tillaux.

L'autopsie, quelques jours après, vint démontrer que la mort était due à un fragment d'os, situé dans l'œsophage, un peu au-dessus de la crosse aortique (*Chirurgie Clinique*, Tillaux, 1888).

Tantôt c'est un malade qui meurt rapidement sans avoir pu donner aucune explication capable de guider le médecin dans la voie du diagnostic.

Lesbras, médecin-major (*Arch. méd. et pharm. mil.*, Paris, 1883), rapporte le cas d'un soldat qu'on trouva sans vie sous sa tente. On l'avait aperçu, peu de temps avant, sortir en courant d'une des cuisines, où le caporal

chargé de leur surveillance l'avait trouvé à une heure indue.

L'exploration du pharynx et de l'œsophage à l'aide du doigt et d'une sonde ne révéla rien d'anormal. L'autopsie montra au-dessus du cartilage cricoïde un morceau de viande enroulé en cornet, circonstance qui avait permis le passage de l'instrument sans révéler de résistance, sans provoquer de bruit. On comprit alors que le malheureux soldat, se croyant découvert au moment où il venait de dérober ce morceau de viande, l'avait avalé précipitamment pour cacher son larcin et se soustraire ainsi à toute punition.

On imagine encore qu'un râtelier, appliqué par sa face convexe sur la paroi antérieure de l'œsophage, laisse entièrement libre le calibre de ce dernier et ne donne aucun contact avec l'explorateur qui suit la face postérieure de cet organe. De sorte que ce corps étranger dégluti pendant le sommeil, et placé comme nous le signalons plus haut, peut faire douter longtemps de sa présence dans l'œsophage. Ces cas sont rares il est vrai ; il est bon cependant de se les rappeler.

En général, peu de corps échappent à un examen complet.

Si l'inspection de la bouche et du pharynx, leur exploration avec le doigt ne révèlent rien d'anormal, si la laryngoscopie, les spéculums divers (Waldenburg, Stork Morell-Mackensie, Lowe) ne donnent pas de meilleurs résultats, la sonde œsophagienne, les résonnateurs de Duplay, de Guyon, viendront donner presque toujours le diagnostic.

Devrons-nous employer l'auscultation? Certains auteurs la préconisent (Gevaërt. *Belgique médicale*, 29 août 1895) quand il s'agit d'un corps un peu volumineux, n'obstruant pas complètement l'œsophage, mais permettant encore le passage de petites quantités de liquides, c'est alors, un bruit de gargouillement ou de sifflement ayant son maximum en un endroit déterminé et constituant ainsi une donnée qu'on peut utiliser *accessoirement* pour le diagnostic du corps étranger.

L'exploration nous a démontré la présence d'un corps étranger.

Il est inaccessible au doigt à la pince : Quelle conduite devons-nous tenir? Allons nous, en face du peu de douleur, du peu de gêne fonctionnelle, nous en tenir à une expectoration armée ! Devrons-nous espérer que l'évacuation spontanée et par les voies naturelles vienne débarasser le patient d'un hôte dangereux ? Attendrons-nous qu'un abcès providentiel, venant s'ouvrir à la peau expulse, en même temps que le pus qu'il contient, le corps étranger, cause de tout le mal ?

Cette conduite serait blâmable à tous les points de vue. Non-seulement une issue fatale pourrait venir subitement nous montrer la faute commise, mais encore, si la marche de l'affection nous forçait à intervenir, des modifications des parois œsophagiennes, des lésions latentes jusque-là pourraient compromettre souvent les résultats de nos manœuvres ou de notre opération.

Il suffit de signaler quelques accidents dus à la rétention de corps étrangers pour être absolument convaincu de la nécessité d'une intervention rapide et radicale.

On connaît l'histoire de ce jeune homme de 22 ans (Terrillon. *Bull. Soc. chir.*, 1893) vigoureux, bien portant, qui affirmait avoir avalé quelques jours auparavant une pièce de 5 francs. Le cathétérisme de l'œsophage révéla en effet la présence du corps étranger à 18 centimètres des dents. L'opération fut projetée, mais le malade, pris de peur, se soustrait à l'intervention.

On apprit qu'il avait continué à s'alimenter, à boire dans les cabarets et à plaisanter sur son état, lorsque le seizième jour après la déglutition de sa pièce métallique, il fut pris brusquement de malaise, de tendance à la syncope. Il vomit littéralement, au dire des témoins, un ou deux litres de sang avec des caillots. La mort survint au bout d'une demi-heure.

X..., en décembre 1882, avale en dormant son ratelier de la mâchoire supérieure, composé de quatre fausses dents. Il éprouve immédiatement de l'angoisse, une sensation d'oppression : il a quelques crachottements de sang. Un médecin appelé aussitôt est d'avis que le corps doit être propulsé dans l'estomac. Un second médecin fait des tentatives inutiles avec le panier de Graefe ; un troisième médecin croit l'opération nécessaire et fait transporter le malade à Zurich où il est opéré le 3 janvier 1883 par Kronlein. L'œsophage une fois découvert on aperçoit une dent qui a perforé ses parois : on extrait le ratelier. Les suites de l'opération sont à peu près normales, sauf quelques selles sanglantes, le malade se considère guéri, lorsque le 9 janvier, en se dressant sur son lit, il est pris soudain d'une hématomèse foudroyante qui l'emporte en un quart d'heure.

L'autopsie démontre que le corps étranger, par son contact prolongé, avait produit sur la paroi latérale droite de l'œsophage, une eschare qui en tombant avait ouvert l'artère thyroïdienne inférieure droite, cause de l'hémorragie fatale. (*Egloff. Beitrage zur klin. chirurgie*, 1894 Bd 12.)

A côté des hémorrhagies viennent se placer des accidents qui sans être toujours mortels n'en sont pas moins excessivement graves et mettent le patient à deux doigts de sa perte. Tantôt c'est un os dont les aspérités ont entraîné l'inflammation de la muqueuse, produisant ici de la péri-œsophagite, un abcès en quelque sorte interstitiel, là de l'œsophagite, un abcès du médiastin. Tantôt et plus souvent ce sont des plumes, des épingles, des arêtes qui perforant les parois œsophagiennes entraînent les désordres dont nous venons de parler et aussi la mort.

M. Sée (*Bull. Soc. Chir.*, 1875), rapporte le cas d'un jeune garçon de 11 ans, qui à la suite de la déglutition d'une plume à écrire fut pris de phénomènes graves avec fièvre, emphysème du cou, expectoration purulente abondante. L'ingestion répétée d'une solution de chloral au 1/100 qui joua le rôle d'anesthésique et d'antiseptique local, fit cesser petit à petit ces accidents et vingt-cinq jours après le jeune malade entra en convalescence.

En prenant son repas, W..., journalier, âgé de 42 ans, ressent une vive douleur au fond de la gorge : le lendemain malaise qui dure environ quinze jours. L'apparition de frissons, de délire, engage sa famille à l'envoyer à l'hôpital. Il entre dans un service de médecine, où l'apparition d'un empâtement du cou le fait passer en chirur-

gie dans le service du professeur Le Dentu (20 déc. 1890). On constate alors un état typhique très accentué, un gonflement de la région sus-claviculaire gauche. Les autres organes n'ont rien.

Le 29. — On ouvre l'abcès sus-claviculaire et on donne issue à un peu de sang noirâtre. L'état général reste aussi alarmant et le 3 janvier le malade meurt dans l'adynamie et le coma.

On trouve à l'autopsie sur la partie latérale gauche de l'œsophage, au-dessus et en arrière de la clavicule, une sorte de clapier, rempli de caillots sanguins : il y a dans cette région un ganglion gros comme une noix, allongé verticalement, appliqué entre l'œsophage et la trachée, lisse à sa partie interne, présentant à sa partie externe une poche remplie de pus épais. Le tout est traversé par une épingle noire, fine en acier, ayant perdu son extrémité mousse. Il n'existe aucun fusée purulente du côté du médiastin.

On voit donc combien sont graves les dangers que font courir au malade la présence d'un corps étranger dans les voies digestives supérieures.

Indépendamment des troubles de début, qu'on a beaucoup exagérés : suffocation à laquelle Habicot opposait la trachéotomie, troubles de la déglutition, aphonie ; les troubles consécutifs sont là bien plus menaçants. Et si quelquefois les corps étrangers sont tolérés avec une innocence parfaite, si leur expulsion a lieu quelquefois par migration, si comme dans le cas de cette négresse, on retrouve dans les parois du cœur une épingle avalée neuf années auparavant, on ne saurait imiter la conduite des

anciens qui souhaitaient la formation d'un abcès. Ils espéraient ainsi voir poindre au milieu du pus le corps du délit, laissant au hasard tout le soin de la guérison. Pour nous, une intervention rapide radicale s'impose et nous allons passer en revue quelques-uns des procédés employés.

III

DES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS ŒSOPHAGIENS.

EXTRACTION. PROPULSION.

Nombreux sont les moyens dont le chirurgien dispose pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage : mais bien plus nombreuses encore sont les particularités qui accompagnent chaque cas nouveau. Et malgré la richesse apparente de ces ressources on se trouve souvent fort embarrassé, devant une complication tout à fait imprévue. L'esprit d'intervention de l'opérateur trouve alors libre carrière : aussi ne saurait-on trouver trop de méthodes pour remédier à des accidents dont les suites peuvent être si redoutables et doit-on contribuer autant que possible à la connaissance de faits qui pourront trouver quelquefois d'autres applications.

Certes à l'heure actuelle, maintenant que les méthodes aseptiques et antiseptiques bien connues, bien appliquées, rendent l'opérateur plus audacieux et surtout plus heu-

reux, le traitement des corps étrangers de l'œsophage par les procédés non sanglants perd un peu de l'intérêt qu'il possédait autrefois.

Est-ce à dire cependant qu'il faille complètement négliger les procédés moins modernes, ceux que nos devanciers mettaient en première ligne, sur lesquels ils fondaient toutes leurs espérances ? Telle n'est pas notre prétention.

Le rôle du chirurgien est de rendre le maximum de service en produisant le minimum de traumatisme. Cette nécessité s'impose surtout chez les enfants (et l'on sait qu'ils fournissent un large tribut à cette affection), où toute opération sanglante est toujours fort grave. Les 12 cas rapportés par M. le professeur Lannelongue (1880, *Soc. chir.*) prouvent tout le bénéfice qu'on peut retirer des moyens simples.

Employons-les donc, à la condition formelle toutefois qu'ils restent toujours complètement inoffensifs ; mettons en œuvre la position déclive, l'ingestion de glace, les vomitifs, la propulsion vers le pharynx d'un corps arrêté dans la région cervicale. Complétons nos tentatives par l'emploi des instruments extracteurs : pinces, balais, crochets, panier de Graefe, nous souvenant que la propulsion ajoute aux dangers de l'extraction ceux d'introduire dans l'estomac, l'intestin, une source fertile en complications. Si tous nos efforts ont échoué, au moins pourrions-nous tenter sans remords les opérations nécessitant une habileté beaucoup plus grande, des connaissances plus étendues, un outillage plus complet. J. Aronssohn, médecin militaire, ayant obtenu quelques succès de la position

déclive chez un enfant de onze ans pense que cette précaution pourrait peut-être devenir un précepte à appliquer dans des cas analogues et contre-balancer souvent d'une façon efficace l'effet de la déglutition. Il va même plus loin et se demande pourquoi, le corps étranger une fois arrivé dans l'estomac, cette position ne servirait pas à le ramener près du cardia à portée des instruments. *Gaz. hebd.* Paris, 1874.

Nous croyons volontiers que l'on doit essayer la position déclive dans le cas de corps étranger de l'œsophage comme pour les voies aériennes, mais nous n'avons que bien peu de confiance dans l'application de ce moyen.

Dans l'espèce, il est plus que probable que les contractions violentes de l'œsophage laisseraient peu d'influence à l'action de la pesanteur dans une position déclive qui ne peut guère être maintenue.

Il en est de même de l'ingestion de glace. A. Bourgeois, médecin militaire, exerce des tentatives infructueuses pour extraire un fragment d'os avalé par un soldat de 24 ans. Les vomissements, l'ingestion d'huile, d'eau, d'aliments épais, restent sans effets. Le panier de Graefe, les éponges préparées restent sans succès. On fait prendre des petites pilules de glace que le soldat avale sans mâcher et quelque temps après, la propulsion chasse facilement dans l'estomac le corps qui est rendu dans les selles le lendemain. *Bull. gén. de théér.* Paris, 1882.

Les vomitifs ont joui d'une grande faveur. Faire reprendre spontanément au corps étranger le chemin qu'il avait suivi avant son arrêt semblait le moyen simple, logique qu'on devait employer avant tout autre.

Aussi voit-on les ingestions ou les lavements d'infusion de tabac précéder dans la thérapeutique l'emploi de l'émétique et de l'ipéca ; ingestion lorsque le malade pouvait encore déglutir, lavements et injections lorsque le calibre œsophagien était complètement obturé.

Que faut-il penser de ce procédé ? Verger (1878) rapporte le cas d'une fillette de 9 ans ayant avalé un noyau de prune. Son œsophage complètement bouché ne laissait passer aucune goutte de liquide, d'où impossibilité de faire absorber de l'ipéca par la bouche. Le danger pressant, on eut l'idée de lui injecter 0 gr. 0024 dix milligrammes d'apomorphine.

Moins de deux minutes après, des vomissements énergiques expulsaient le corps étranger. Suivit ensuite une période de troubles circulatoires et nerveux, une irrésistible envie de dormir, qui ressemblent assez à des symptômes d'ordre toxique. *Bull. gén. de théér.* Paris, 1878.

Certes l'apomorphine a une action plus rapide que l'ipéca et l'émétique ; mais il ne faut pas oublier que son emploi est dangereux.

De plus le vomissement ne convient pas à tous les corps étrangers ; s'il expulse les noyaux ou autres corps arrondis, sphériques, il ne saurait en être de même des épingles, arêtes ou autres corps irréguliers, aux arêtes vives, râtelier par exemple.

L'emploi des vomitifs sera donc très restreint, car souvent ils ne feront que mieux enchâtonner le corps étranger, enfonçant ses aspérités dans les parois œsophagiennes contractées sur elles avec énergie.

Cependant, grâce à un artifice ingénieux, M. Félizet

usa avec succès du vomissement dans un cas où l'œsophagotomie paraissait des plus urgentes.

Un enfant de 4 ans, avale en jouant une pièce d'un sou le vendredi 27 avril 1894, à six heures du soir. Il est pris aussitôt d'une crise de suffocation qui ne dure pas et c'est à pied qu'il se rend dans une pharmacie où on lui administre un vomitif. Il absorbe sans difficulté une dose de sirop d'ipéca dans un grand verre d'eau et vomit aussitôt le contenu de son estomac, comme si son œsophage était parfaitement libre. On l'amène à l'hôpital Tenon, le samedi matin. L'enfant boit avec aisance et l'auscultation de l'œsophage ne révèle aucun bruit pouvant dénoncer l'existence d'un obstacle.

Ou lui fait prendre une grande quantité de bouillie de farine, etc... Ses selles deviennent abondantes mais le sou n'est pas rendu. Trois jours après on prescrit un second vomitif. Le cinquième jour après l'accident, l'enfant ne peut plus avaler et régurgite les aliments avalés la veille. Une tige de baleine, engagée doucement dans l'œsophage, s'arrête à 20 centimètres des incisives. Le lendemain, état général alarmant, salivation abondante, pouls faible et précipité. Une pince de Collin rencontre à 22 centimètres des incisives un obstacle résistant contre lequel elle se heurte. L'expulsion spontanée a été prouvée impossible ; la propulsion, manœuvre qui procurerait, non pas la guérison mais l'ajournement du danger actuel est impraticable, en raison du rapport qui existe entre les dimensions de l'orifice cardiaque du canal œsophagien chez un aussi petit sujet et le diamètre du corps étranger retenu. On se proposait d'intervenir par la gas-

trotomie mais on voulut tenter une dernière fois l'expulsion spontanée.

Le sou qui pendant sept jours avait été placé de champ laissant passer les aliments, avait basculé. Il gênait non seulement l'œsophage dans sa fonction, mais le menaçait dans l'intégrité de ses parois distendues par le gonflement de la muqueuse.

Une sonde béquille, engagée franchement, rencontre l'obstacle à 22 centimètres. Par de petits mouvements de rotation imprimés à la sonde, on insinue la sonde entre la pièce et la muqueuse œdématiée ; on la pousse jusque dans l'estomac.

Laissant la sonde en place, on administre du sirop d'ipéca dans de l'eau tiède. A peine 120 grammes de ce liquide avaient-ils été injectés dans le segment inférieur de l'œsophage et l'estomac, avant que l'ipéca ait eu le temps d'agir, l'enfant fut pris d'une nausée irrésistible.

On sentit alors que la sonde était puissamment serrée et en même temps que quand on la tirait, elle amenait « quelque chose ». C'était le sou et le vomissement donnait à la migration du corps étranger un renfort dont les doigts avaient conscience. Le bord du disque était contre l'œil de la sonde qui le soulevait et le dirigeait (*Bull. Soc. chir.*, 1894).

La propulsion directe vers le pharynx, le massage du conduit œsophagien à travers les parois du cou et au dessous de l'obstacle, tendant ainsi à le faire recéder vers la bouche, a donné quelques succès entre les mains de Pollikier (1892). Assez simple à mettre en pratique quand

il s'agit de corps moussés que l'on sent à la région cervicale, ce moyen ne doit cependant laisser grand espoir de succès.

Aussi allons-nous passer aux moyens plus usités actuellement, ceux qui donnent des résultats plus certains, plus nombreux, aux méthodes d'extraction.

Des crochets et des pinces tels sont les appareils dont on se sert dans ces interventions. De tous les crochets, le plus usité est sans contredit le panier de Graefe. Destiné à être introduit au-dessous du corps étranger, il l'entraîne avec lui dans ses ailettes.

Grâce à lui, grand est le nombre des malheureux qui ont été débarrassés d'un danger menaçant. Mais si le succès du panier de Graefe est l'habitude, il ne faut pas croire qu'il soit la règle absolue et il est bon d'être prévenu des mécomptes qui arrivent quelquefois. Ici c'est un corps étranger que rien ne décèle, le panier de Graefe promené de nombreuses fois dans l'œsophage ne ramène qu'un peu de mucus teinté de sang, à moins qu'il n'accroche le cricoïde qu'on soulève alors avec tout le larynx. Là c'est un os fixé si solidement que toute tentative le trouve immuable; les tractions les plus énergiques, les plus répétées ne réussissent qu'à tordre, à forcer les ailettes de l'instrument. Là c'est un panier de Graefe introduit dans l'œsophage d'une enfant pour en extraire une pièce de monnaie et qu'il est impossible de retirer. Là, enfin, c'est une tige qui se rompt, abandonnant dans les voies digestives supérieures un second corps étranger.

Bégin (1833) rapporte le cas d'un soldat ayant avalé,

en mangeant sa soupe, un os qui s'était arrêté au commencement de l'œsophage. Dès le lendemain, ce chirurgien chercha à l'extraire. Le crochet mousse en argent à tige cylindrique et flexible ne le dépassa qu'après plusieurs tentatives et lorsqu'on le retira, après lui avoir donné une direction convenable, il le saisit avec force.

Mais telle était la solidité de l'enclavement du corps étranger que le crochet se redressa durant les tractions exercées sur lui et fut ramené en le laissant à la place qu'il occupait.

Il est juste d'ajouter que pareille insistance n'aurait plus raison d'être aujourd'hui et qu'on aurait immédiatement recours à d'autres procédés plutôt que de courir le risque de rompre et l'instrument et surtout aussi l'œsophage.

M. Félizet fut appelé à extraire une pièce de 1 franc chez une petite fille et dans les circonstances suivantes :

On avait essayé d'enlever le corps étranger au moyen, du panier de Græfe. Cet instrument avait dépassé le corps étranger, il l'avait accroché et il était impossible de le repousser vers l'estomac, de l'attirer vers la bouche en même temps que la pièce. M. Félizet, mandé aussitôt, trouva l'enfant suffoquant, la bouche ouverte, embrochée par une tige qui dépassait au dessus de 25 centimètres. Pendant qu'on préparait l'outillage nécessaire pour l'œsophagotomie externe et éventuellement pour la trachéotomie, M. Félizet constatait à la base du cou, à gauche en arrière de la trachée portée en avant, une masse irrégulière dure, dans la saillie de laquelle il reconnaissait bien les bords du disque métallique et une des ailettes du panier de Græfe.

Il eut alors une idée qui réussit et qui devait réussir. Il fixa à la tige de baleine retenue à l'œsophage, une éponge ayant le volume d'une grosse noix et il l'introduisit, graissée d'huile dans l'œsophage. La pénétration fut extrêmement facile, l'éponge rencontra le panier et la pièce de monnaie et put refouler le tout à une profondeur de 4 à 5 centimètres.

Pressant alors avec la main droite qui tenait la tige armée de l'éponge et résistant avec la main gauche qui fixait la tige de l'appareil de Graefe, il put mobiliser le tout et amener endehors avec une grande facilité, éponge, monnaie et panier.

Que s'était-il passé? Les ailettes du panier de Graefe, accrochant la paroi œsophagienne sous le corps étranger, avaient, sous l'effort des tractions, invaginé l'œsophage sur lui-même : il s'était formé un bourrelet qui retenait dans son repli les bords de l'instrument, et qui résistait d'autant plus que les tentatives étaient plus énergiques. L'éponge huilée, en pressant sur le panier avait fait disparaître le bourrelet et permis l'extraction de la pièce et du panier avec une facilité dont on se fait mal une idée (Felizet).

La principale objection qu'on peut faire au panier de Graefe est que s'il pénètre bien, il sort mal à cause de la résistance de ses ailettes qui labourent la muqueuse. Celle-ci fait un bourrelet, et ce bourrelet est l'obstacle principal à la sortie de l'instrument.

En résumé, le panier de Graefe rend de grands services, mais son emploi doit être réservé aux corps à bords minces, arrondis, lisses comme les pièces de mon-

naie. De plus, il faut que l'introduction du corps étranger soit de date assez récente pour que des lésions graves de la paroi œsophagienne n'aient pas eu le temps de se produire. Pour les corps étrangers, introduits depuis plusieurs jours, surtout s'ils sont tant soit peu irréguliers, mieux vaut, ce nous semble, recourir d'emblée à l'œsophagotomie externe.

Ces conclusions s'appliquent aux crochets, au crochet articulé par exemple, instrument qui s'introduit comme la sonde œsophagienne et qui voit, à l'aide d'un mécanisme spécial, son extrémité se recourber en crochet autour d'une charnière, une fois arrivé en dessous de l'obstacle.

Nous en dirons autant des pinces, pince à branche glissante, pince agissant d'avant en arrière ou latéralement, pince œsophagienne flexible et à croisillons multiples.

Parmi ces instruments, mentionnons la pince de Tiemann qui est d'un maniement commode saisissant solidement, sûrement, le corps étranger. Cette pince se compose d'une gaine formée d'une mince lame d'acier enroulée, terminée à une de ses extrémités par un anneau dans lequel doit s'engager le pouce de l'opérateur. A l'intérieur de cette longue canule, se trouve une tige d'acier, plus courte qu'elle, munie à son extrémité de deux mors attachés par une articulation en charnière de manière à pouvoir s'écarter ou se rapprocher d'après les déplacements de la tige dans la gaine ; ceux-ci sont rendus aisés par la présence de deux anneaux glissant sur la gaine, fixés à la tige et destinés à l'index et au médus. Cet ins-

trument saisit solidement et pénètre facilement, à cause de sa grande flexibilité, dans le conduit œsophagien.

Gévaert (*Belgique médicale*, 29 août 1895) de qui nous tenons cette description, dit s'en être servi avec succès dans les trois cas suivants.

« M. T..., secrétaire communal à Mariakerke, portant une plaque dentaire de 2 centimètres 5 munie de deux dents. Un des crochets s'étant rompu, et la pièce prothétique ne tenant plus solidement, se détacha au milieu de la nuit et fut avalée. Le patient fit aussitôt chercher un vomitif, ce qui ne fit qu'aggraver la situation : la plaque descendit davantage. Appelé à lui donner des soins, Gevaert détermina la présence de la plaque à la hauteur de la huitième dorsale, introduisit à cette profondeur, une pince de Tiemann, l'ouvrit au voisinage du corps étranger et fut assez heureux pour le saisir et le ramener au jour.

Il réussit une seconde fois il y a quelque temps dans l'extraction d'une plaque portant une dent et mesurant 2 centimètres de largeur. Ayant chloroformisé la patiente sur sa demande, il échoua dans ses premières tentatives mais réussit le lendemain, la malade n'étant pas anesthésiée.

« Dans le troisième cas, il s'agissait d'un arc vertébral, détaché d'une vertèbre dorsale de porc, situé dans le sens de la longueur et arrêté vers la neuvième dorsale, c'est-à-dire immédiatement au-dessus du cardia. »

Parmi les pinces, la pince de Collin est la plus recommandable. Pourvue de deux mors à son extrémité inférieure, comme toute pince, l'un d'eux resté fixe, tandis que l'autre pivote, grâce à une articulation spéciale qui

permet un grand écartement des mors pour un très petit écartement des branches. Cet écartement a lieu d'avant en arrière.

Le balai de Fergusson donne quelquefois de bons résultats quand il s'agit d'arêtes, d'épingles, de corps minces et pointus. Il se compose essentiellement d'une sonde creuse en caoutchouc dont on a sectionné l'extrémité inférieure pour la réunir ensuite au segment supérieur à l'aide de soies de sanglier. A l'extrémité du segment inférieur, traversant le calibre de la sonde, vient se fixer une tige métallique flexible.

Le tout est introduit dans l'œsophage, de façon que la partie munie de soies se trouve au-delà du corps. Il suffit alors, d'une main immobilisant la sonde, d'exercer de l'autre main des tractions sur la tige métallique, pour que les crins se ploient, formant sous le corps étranger une sorte de champignon destiné à balayer tout l'œsophage et à enrober l'obstacle dans sa concavité.

Indépendamment des pinces, des crochets, du balai, la nécessité veut quelquefois que le médecin ait recours à des combinaisons que son ingéniosité lui fait trouver.

On a réussi, par exemple, à enlever rapidement des arêtes, des aiguilles, en usant du moyen suivant : on forme avec une corde enroulée, une petite boule qu'on fixe à l'extrémité d'une ficelle de 40 à 50 centimètres de longueur. On entoure la sphère d'une pâte molle, adhérent fortement et on la fait avaler au patient. Dès que, selon toute probabilité, elle a glissé au-delà de l'épingle ou de l'arête, on tire la corde et en même temps le corps du délit.

Gautier, de Genève (1874), s'est servi avec succès d'un pessaire à air de Gariel. Le patient était un homme de 45 ans, ayant avalé un corps étranger volumineux en prenant son potage. L'exploration par la vue, par le toucher, ne révèle rien. Trois tentatives avec le crochet de Graefe restent vaines, faites avec assez de force elles ne réussissent qu'à ramener un peu de sang. Une éponge montée sur baleine donne au niveau du cricoïde une sensation de résistance, mais n'amène pas plus de succès.

Le lendemain, nouvelles tentatives : on administre un verre de bouillon froid à l'aide de la sonde œsophagienne et on fait pénétrer un ballon de Gariel aussitôt après dans l'œsophage, un peu au-dessous de l'endroit présumé où siègeait le corps étranger.

Après avoir gonflé et vidé alternativement le pessaire à quatre reprises différentes, on cessa les manœuvres. Le malade qui ne ressentit qu'un faible bien-être immédiatement après cette intervention, vit son état s'améliorer rapidement après elle.

Si l'éponge préparée avait été inutile entre les mains de Gautier, Ott, de Strasbourg, eut l'occasion d'en tirer profit (1893, *Revue de l'Est*).

Un jeune homme de 15 ans, verrier, en mangeant sa soupe, avala un morceau de verre. Il ne sait dire le volume du corps étranger. A l'examen du pharynx, on ne constate aucune éraillure, au laryngoscope, rien. La sonde œsophagienne révèle un corps dur au niveau de la fourchette sternale. On essaie mais en vain de le saisir avec une pince. C'est alors qu'on taille dans une éponge neuve, très fine, très dense, un cône de 2 cent. 1/2 de hauteur,

de 1 centimètre de base. On le perfore avec un stylet de trocart, puis on introduit dans l'orifice ainsi créé une sonde uréthrale à bout olivaire que l'on y fixe solidement. Pour plus de précaution, Ott attache un fil long à l'éponge pour pouvoir la retirer si elle venait à se détacher de la sonde. On introduit dans l'œsophage l'appareil ainsi construit et qui est laissé en place au-delà du corps étranger. L'éponge se gonfle et on arrive à retirer le morceau de verre. Une hémorrhagie assez abondante cède rapidement à l'ingurgitation d'une certaine quantité d'eau froide.

Ici se bornera ce court exposé de quelques procédés d'extraction ; mais avant d'aborder la méthode de propulsion sur laquelle nous serons très bref, avant de donner une idée des dangers que des manœuvres brutales peuvent faire courir au patient, une question se pose, qui a été soulevée il y a quelques années à la Société de chirurgie.

Doit-on pour les manœuvres d'extraction profiter de l'anesthésie chloroformique ?

En 1877, à la Société de chirurgie, M. le professeur Le Dentu exprime le désir qu'il a de consulter la Société sur l'opportunité de la chloroformisation dans les cas d'extraction des corps étrangers des voies digestives supérieures. Il pense pour son compte que, chez l'adulte en général, cette précaution préliminaire doit être inutile, parce que les mouvements sont moins à craindre, mais en serait-il de même chez les enfants ?

Lorsque le corps étranger est accessible au doigt et que l'index appliqué sur l'orifice laryngien doit causer à

plusieurs reprises un commencement d'asphyxie réelle, il croit qu'il serait inutile et même dangereux d'avoir recours au chloroforme. Mais si le corps étranger était profondément engagé dans l'œsophage, et que l'on eut à redouter des difficultés considérables, peut-être y aurait-il lieu d'imiter l'exemple des chirurgiens qui recommandent de commencer par plonger le malade dans un sommeil anesthésique, d'autant plus que dans le cas de cette deuxième catégorie, il n'y a plus lieu d'enfoncer l'index jusqu'au bout du pharynx et que le simple abaissement de la base de la langue n'expose pas à l'asphyxie par obturation de l'orifice laryngien.

Verneuil pense que le chloroforme congestionne les poumons, fait saliver les malades, ce qui peut, dans le cas d'un œsophage rétréci par un corps étranger, faire refluer la salive dans les voies aériennes.

Le chloral n'a aucun de ces inconvénients aussi lui donne-t-il la préférence, et l'administre-t-il par la voie veineuse.

Selon Le Fort, on emploie les anesthésiques, soit pour prévenir la douleur, soit pour neutraliser les contractions musculaires. Il n'est pas convaincu que le chloroforme vienne en aide à l'opérateur en faisant cesser le spasme des muscles de l'œsophage, qui sont des muscles de la vie organique, et quant à la douleur, elle n'existe guère ; ce qu'il y a surtout, c'est une sensation des plus désagréables de nausée. En revanche, il y a à craindre des accidents d'asphyxie, qu'aiderait encore l'emploi de l'anesthésie ; il repousse donc dans tous les cas d'extraction

des corps étrangers l'emploi des anesthésiques. M. Desprès se range de ce dernier avis.

Dans sa pratique ordinaire, Rochard dit ne pas se servir de chloroforme en pareil cas. Cependant, il le mit en usage chez une femme chez laquelle aucune goutte de liquide ne pouvait passer ; et quel ne fut pas son étonnement en voyant que, pendant l'anesthésie, la sonde passait sans résistance, sans déterminer de suffocation. Ce fait semblerait prouver que le chloroforme peut dans certains cas rendre quelque service. Ne cite-t-on pas des faits de chirurgiens, opérant pour des corps étrangers dûment reconnus, ne retrouvant plus l'objet de leurs recherches qui probablement était descendu dans l'estomac, le spasme œsophagien cessant.

Martini, Langenbeck, Kœnig, Hirchoek, Cheever, ont pratiqué l'œsophagotomie pour enlever des fragments d'os des aiguilles qui disparurent pendant l'opération. Fischer dans une statistique de 1889 parle de onze observations où le corps étranger ne fut pas retrouvé. Il se demande à ce propos si la chloroformisation en faisant disparaître le spasme concomitant n'a pas été la cause du déplacement de certains corps étrangers. Aussi pourrait-on soulever quelque objection à l'opinion un peu exclusive de Le Fort.

Marjolin est d'avis que chez les enfants du moins il ne faut pas employer le chloroforme : les enfants ne sont pas effrayés et conservent même la sensation du point où s'est arrêté le corps étranger.

Nous avons vu Gévaert échouer, pendant la chloroformisation, dans l'extraction d'un dentier. Les manœuvres

réussirent quand il les renouvela, le lendemain, la patiente n'étant pas anesthésiée.

Aussi a-t-il résolu de ne plus faire de manœuvres que sur des sujets « à sang froid » persuadé qu'ils peuvent alors par leurs sensations éclairer le médecin, le renseigner sur la préhension convenable. On évitera ainsi quelquefois des désastres, dus aux délabrements de l'œsophage, dont le patient n'a pas conscience, plongé dans la narcose.

Comme on le voit les avis sont bien partagés. Aussi nous semble-t-il logique de dire : ne pas se servir d'anesthésique à moins que l'indocilité, la pusillanimité du malade, rendent son emploi indispensable.

PROPULSION

La propulsion, sur laquelle nous insisterons peu, ne doit être mise en œuvre que dans de rares circonstances. Elle est connue depuis fort longtemps ; et nous voyons Ambroise Paré se servir avec succès d'un poireau en même temps qu'il donnait quelques coups de poing sur le dos, entre les deux épaules, pour faire tomber dans l'estomac un gros morceau de boyau qui s'était arrêté au commencement de l'œsophage et produisait des symptômes de suffocation. Dupuytren écrase avec les doigts appliqués sur les parties latérales du cou une pomme de terre qu'un individu avait avalée avec trop d'avidité.

Mais ce ne sont là que moyens d'exception ; on se sert d'ordinaire de sondes plus ou moins rigides, de pinces qui remplissent le même office. Les résultats ont quelquefois été favorables. M. Segond a eu l'occasion d'extraire par l'œsophagotomie externe, la moitié d'un ratelier dont une partie avait été propulsée dans l'estomac. Mais comme ces manœuvres nécessitent toujours une certaine force il faut les proscrire si l'on ne veut voir se produire les pires accidents. Nous citerons à ce sujet deux observations destinées à montrer à quelles extré-

mités peuvent conduire, l'obstination à vouloir extraire un corps étranger trop solidement fixé, l'absence de modération dans les manœuvres employées.

Le lundi 23 août Madame X..., se mettant à table, est prise d'une attaque d'hystérie. Revenue à elle, son mari constata qu'elle n'avait plus son ratelier. Les recherches les plus minutieuses furent faites dans la maison; les meubles furent changés de place, le lit retourné de fond en comble, mais en vain. C'est alors qu'il vint à l'esprit du mari de demander à sa femme si, par hasard, elle ne l'avait pas avalé. Celle-ci d'abord fort étonnée de la question, se tâta plusieurs fois et finit par avouer qu'elle sentait quelque chose d'anormal dans le gosier.

On courut immédiatement chez le pharmacien voisin, qui, chose absolument extraordinaire ! déclina sa compétence et les envoya chez le médecin le plus proche.

Une heure après, deux docteurs se trouvaient chez la patiente et procédaient à l'extraction du corps étranger. Après une chloroformisation en règle, un instrument dont la forme m'a été assez mal décrite, fut introduit cinq ou six fois dans l'œsophage sans qu'on pût rien retirer. Les tentatives d'extraction ne s'arrêtèrent qu'en présence d'une hémorrhagie des plus abondantes. La malade perdit, au dire du mari, plus de trois litres de sang.

La nuit et la journée du lendemain, la femme resta absolument exsangue et sans connaissance. Le lundi, ses forces étant un peu revenues, on l'amena à l'hôpital Saint-Sauveur, le soir.

Le lendemain, à la visite, on trouva une femme absolument exsangue, les joues et les muqueuses décolorées. la raison très obscurcie.

Les quelques renseignements qu'on put obtenir d'elle étaient ceux-ci. Un corps étranger avait été avalé; des

médecins avaient essayé de le lui extraire, n'ayant pu réussir, ils l'avaient repoussé dans l'estomac. On essaya de lui faire préciser exactement le siège de la douleur qu'elle éprouvait, ses renseignements furent excessivement vagues. Tout le trajet de l'œsophage était douloureux, mais elle se plaignait surtout de douleurs violentes dans la région dorsale et au creux épigastrique.

La conduite à tenir en pareille circonstance était bien simple ; vu l'état général de notre malade, il fallait s'abstenir.

On se contenta de lui faire prendre une potion à la cocaïne, un peu de lait, des lavements nutritifs.

Le lendemain mercredi, l'état général est de plus en plus mauvais, la température est à 39°,5.

Le jeudi matin la femme mourait : Voici le résultat de l'autopsie.

L'estomac ne renfermait rien de dur. Explorant la masse intestinale, on trouva, à l'union du colon transverse et du colon descendant, un corps dur pointu, qu'on prit pour une dent, et en effet on retira, un petit morceau d'appareil renfermant une dent. On continua les recherches et après avoir déroulé tout le tube digestif de bas en haut on arriva à l'œsophage. Dans ce conduit, à une hauteur de 8 centimètres à partir du cardia, on trouva l'autre partie de l'appareil composée de trois dents, fixées dans du caoutchouc durci. Cette partie de ratelier, en forme de fer à cheval, était placée transversalement dans l'œsophage, sa convexité en avant, et derrière elle se trouvait une énorme déchirure de l'œsophage qui n'avait pas moins de 6 centimètres. Cette déchirure donnait entrée dans le médiastin postérieur qui renfermait du pus et des substances alimentaires.

En explorant cette poche formée dans le médiastin, le doigt s'introduisit dans la plèvre gauche qui renfer-

maît environ un litre de liquide de même nature ; autant dans la plèvre droite. On constata, en outre, une déchirure de la muqueuse œsophagienne, au niveau du cardia, et un arrachement presque complet de l'épiglotte. On doit encore ajouter que l'estomac et tout le tube intestinal étaient remplis de sang plus ou moins altéré (D^r A. Brulant, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Sauveur. *Bulletin médical du Nord*, 1890).

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui, dans la matinée du 29 octobre 1895, avala par mégarde une épingle. L'épingle alla se fixer dans la gorge.

Un médecin consulté par la malade, se livra à des tentatives répétées pour extraire le corps étranger ; il se servit d'abord d'une pince, puis de divers autres instruments, au cours de ces manœuvres qui furent très douloureuses ; la malade rendit une énorme quantité de sang. Elle partit pour Nancy et se présenta à l'hôpital. De nouvelles tentatives d'extraction furent pratiquées par l'interne de garde ; mais il ne parvint pas à franchir le pharynx, où il fut arrêté par la contraction musculaire.

Le lendemain, M. Heydenreich trouva cette femme dans son service. Elle avait vomi abondamment des aliments et des liquides mélangés de sang ; elle ne pouvait rien avaler et disait ressentir un grand malaise. T. 37°. On essaya d'introduire dans l'œsophage une éponge montée sur une baleine, on fut arrêté un instant par la contraction de la partie inférieure du pharynx ; mais dès qu'on eut franchi cette résistance, l'éponge pénétra sans difficulté jusque dans l'estomac ; lorsqu'on retira l'instrument la même résistance fut perçue au même endroit. Cette manœuvre ne fit pas saigner la malade et ne lui occasionna aucun trouble.

Les vomissements furent moins fréquents pendant cette journée du 30. Le soir, la température fut de 37°,8. Le

jour suivant 31, l'état général était manifestement aggravé, la malade accusait une douleur dans le flanc droit ; elle avait des crachats purulents ; mais elle ne vomissait plus et parvenait à avaler un peu de liquide. La température était de 37°,6 ; le pouls était de 120 pulsations. La malade succomba ce même jour à 4 heures de l'après-midi en présentant des phénomènes asphyxiques. Il ne s'était écoulé depuis l'accident que 53 heures.

A l'autopsie, la plèvre droite fut trouvée remplie d'au moins un litre et demi de liquide jaunâtre, d'odeur acide, semblable à l'odeur d'un liquide stomacal. Cette plèvre présentait sur ses parois des dépôts purulents ; la cavité pleurale était traversée par des cloisonnements faciles à déchirer. Manifestement, les liquides de l'estomac avaient pénétré dans la plèvre et y avaient provoqué une pleurésie purulente. Il restait à trouver la voie de communication.

La dissection de l'œsophage fit voir sur la partie supérieure de ce conduit, au niveau du cartilage cricoïde, une perforation de la paroi postérieure de l'œsophage, à bords irréguliers, perforation assez large pour laisser passer le petit doigt. Au-dessous de cette perforation, il existait entre l'œsophage et la colonne vertébrale, une nappe purulente sur une largeur de 14 centimètres et demi. Au point où cette nappe purulente prenait fin, le feuillet pariétal de la plèvre droite offrait une perforation qui, elle aussi, laissait passer le petit doigt.

Les phénomènes devenaient ainsi faciles à expliquer. La perforation supérieure est probablement due à la pince qui a été introduite dans l'œsophage. Un instrument introduit ensuite a dû pénétrer par ce trou, décoller l'œsophage d'avec la colonne vertébrale, enfin perforer la plèvre. Les liquides vomis par la malade ont suivi le même trajet, et leur irruption dans la plèvre a provoqué une

pleurésie purulente suraiguë, à laquelle cette femme a succombé.

Quant à l'épingle avalée elle a été retrouvée dans l'estomac au voisinage du pylôre. Elle n'avait causé aucun désordre dans cet organe, et aurait probablement traversé sans accidents tout le tube digestif (Heydenreich. *Revue médicale de l'Est*, 1893).

De ces deux faits on peut rapprocher le fait de Cahier.

Il s'agissait d'un dentier arrêté, chez un sous-officier du 86^e, au-dessous du cricoïde. De nombreuses tentatives d'extraction par les voies naturelles furent faites à différentes reprises et par des mains différentes. C'est exténué, fébricitant, crachant le sang, que Cahier le vit à l'hôpital Desgenettes, de Lyon, où il l'opéra sans succès.

Il est donc permis, de ce qui précède, de tirer quelque enseignement. Que dans le cas de corps étranger de l'œsophage, on se serve de crochets, de pinces ou de propulseur, qu'on emploie ou non l'anesthésie, rien de plus légitime.

Mais ce que l'on ne doit pas oublier c'est que :

1^o Les interventions pour corps étrangers de l'œsophage ne sont pas sans danger et demandent la plus grande prudence ;

2^o Quand un corps étranger est volumineux, irrégulier et fixé dans l'œsophage, les tentatives d'extraction ou de propulsion par les voies naturelles ne sont permises qu'à condition d'être mesurées et peu prolongées. Un autre praticien n'est jamais autorisé à les reprendre et l'œsophagotomie externe doit être immédiatement pratiquée après le premier échec ;

3. La propulsion est d'autant plus dangereuse, qu'aux risques qu'elle fait courir à l'œsophage, elle expose, lors même qu'elle remplit son but, aux complications ultérieures les plus graves : obstructions intestinales, hémorrhagies gastriques ou intestinales, perforations et péritonites consécutives.

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR CORPS ETRANGERS

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE. GASTROTOMIE. ŒSOPHAGOTOMIE PAR
LE MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.

Nous avons vu échouer tous les procédés précédents : l'intervention sanglante est décidée ; à laquelle nous arrêtons-nous.

Lorsque le corps étranger siège au cou, lorsqu'il empiète même sur la région thoracique, l'œsophagotomie externe est toute indiquée. Si le corps étranger est inclus dans le thorax, les difficultés seront plus ou moins grandes, on aura recours à des pinces, à des crochets, quelquefois plus simplement au doigt, pour extraire le dernier la pièce de monnaie par la nouvelle bouche ainsi créée. Cependant des difficultés imprévues peuvent nécessiter une intervention nouvelle, à l'œsophagotomie vient s'ajouter la gastrotomie.

Quelquefois aussi, le corps est arrêté un peu au-dessus du cardia ; la distance qui le sépare de la région cer-

vicale est trop grande, la propulsion ayant échoué, une seule ressource reste : la gastrotomie d'emblée.

Si, placé dans une situation intermédiaire, le corps semble ne devoir être extrait ni par l'œsophagotomie externe, ni par la gastrotomie, ni par ces deux procédés combinés, on se résoudra en dernier ressort à pratiquer l'opération préconisée par MM. Quénu et Hartman, sorte d'opération d'Eislander, appliquée à la chirurgie de l'œsophage. Disons cependant que ses indications sont un peu limitées puisque leurs auteurs ont reconnu la possibilité d'explorer la presque totalité de l'œsophage avec deux doigts poussés à la rencontre l'un de l'autre, le premier introduit par la plaie œsophagienne, le second insinué dans la boutonnière gastrique.

Passons maintenant en vue ces divers procédés.

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE.

Un corps étranger est fortement enclavé dans l'œsophage : il est en place depuis quelques heures, un jour au plus. Les pinces, les crochets employés avec prudence sont restés sans résultat : toute insistance pourrait devenir dangereuse : une dernière ressource se présente, l'opération sanglante, et en première ligne, l'œsophagotomie externe.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'historique de décrire les divers manuels opératoires, nous n'avons aucune expérience suffisante pour faire œuvre originale.

Aussi dans l'ouvrage de M. le professeur Terrier (Thèse Paris, 1870), ferons-nous de larges emprunts.

C'est Verduc (1643) qui paraît avoir le premier proposé l'œsophagotomie pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, il réservait son intervention à la dernière extrémité, lorsque le malade était en danger de mort. Le premier travail qui parut sur ce sujet est dû à Guattani (1747). Il fit des expériences sur des chiens et essaya l'œsophagotomie sur le cadavre : il faisait une incision sur la ligne médiane et cherchait à arriver sur le conduit œsophagien en contournant la trachée à gauche. Goursaud (1738) et Rolland obtinrent deux très beaux succès. On voit que cette opération est d'origine française.

Au XIX^e siècle paraît le mémoire de Vacca-Berlinghieri imprimé en 1820, puis l'article de Jourdan dans le *Dictionnaire en 60 volumes* (1819), Richerand n'hésite pas à dire que l'œsophagotomie est moins dangereuse qu'il ne le semble d'abord.

Il modifie le manuel opératoire en reportant l'incision au bord antérieur du sterno-mastoïdien.

En 1820, Vacca-Berlinghieri propose un nouvel instrument, l'ectopœsophage. De Vacca à Bégin, rien d'intéressant.

Bégin (1832) donne, le premier, des règles opératoires basées sur sa pratique et son observation personnelle. Il modifie beaucoup les procédés de Guattani, car il pénètre entre la trachée et les muscles sous-hyoïdiens d'une part, le sterno-mastoïdien, la jugulaire externe, et les nerfs pneumogastrique et grand sympathique d'autre part. Il conseille de sectionner l'omo-hyoïdien qui croise oblique-

ment la solution de continuité, et arrivé sur l'œsophage, il l'incise directement à gauche et parallèlement à son axe.

La plaie ne doit pas être réunie; enfin au lieu de soumettre ses opérés au supplice à une diète absolue il alimente ses malades à l'aide de la sonde œsophagienne; il mène à bien deux opérations.

J. M. Arnatt, chirurgien de Middlesex, opère la même année mais sans succès un enfant de deux ans et trois mois : cependant il préconise l'opération et insiste sur les inconvénients de la temporisation.

Arnatt et Bégin ne tardèrent pas à avoir des imitateurs et dès 1832, de Lavacherie a l'occasion de pratiquer avec succès l'œsophagotomie.

En 1844, deux opérations d'œsophagotomie sont pratiquées presque en même temps l'une : à New-York par J. Watson, l'autre à Salgan par Martini, cette dernière seule pour corps étranger. L'opéré meurt deux jours après.

En 1853, Eve pratique à Portsmouth l'œsophagotomie externe pour un bouchon de liège introduit dans le canal pharyngo-œsophagien. Puis viennent les opérations de Richst, Anthonies, Flaubert de Rouen (1853) et Demarquay (1854). Cependant les chirurgiens français à cette époque, laissent leur ardeur se ralentir et Nélaton ne conseille que d'une façon exceptionnelle l'œsophagotomie qu'il considère comme une opération les plus graves et les plus difficiles de la chirurgie.

Les trois cas de Syme à Édimbourg, datent de 1856, de

même que celui de Cock : l'opération est faite sous le chloroforme.

Puis vinrent les deux cas d'Inzani (1862) et d'Arnold (1863).

Sonrieux, chirurgien militaire, pratiqua l'œsophagotomie la même année.

Depuis cette époque, l'incision de l'œsophage est surtout faite en Amérique.

Dans une importante statistique dressée par Fischer en 1887, il est relevé 79 cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers.

En 1888, il y ajoute 29 nouveaux cas, puis en 1889, 12 autres, ce qui porte à 120 le nombre des œsophagotomies pratiquées jusqu'à cette époque.

Dans cette période de 150 ans, la quantité des cas heureux est relativement petite. De 1738 à 1838, période de 100 ans, on relève seulement 7 succès. L'antisepsie est venue rendre les résultats meilleurs. Cependant l'œsophagotomie, vu les cas de corps étrangers, est une opération rare.

Billroth l'a pratiquée 8 fois; Leroy Mclean, 5; Cheever de Boston, 4; Langenbeck de Berlin, 4 fois; von Hacker de Vienne, 3 fois. Les autres n'en ont guère qu'un ou deux cas.

D'après une statistique dressée par Egloff, la plupart des corps étrangers de l'œsophage sont des rateliers et des os, soit 62 o/o des corps étrangers. *Beitrag zur klin. chir.*

Le nombre d'œsophagotomies se répartit de la façon suivante :

de 1738 à 1788 = 2	1850 à 1860 = 8
1788 à 1800 = 1	1860 à 1870 = 13
1800 à 1830 = 0	1870 à 1880 = 33
1838 à 1840 = 4	1880 à 1894 = 71
1840 à 1850 = 3	

Sans insister davantage sur les divers procédés mis en usage jusqu'à ce jour, sans vouloir donner toutes les opinions émises dans les siècles précédents sur la valeur de l'œsophagotomie externe, nous exposerons les deux procédés généralement employés, les soins consécutifs que comporte cette intervention. Nous citerons quelques observations.

Nous inspirant ensuite d'une statistique d'Egloff (1894) nous montrerons les dangers de la temporisation, l'influence de la forme du corps étranger, la fréquence de son siège.

L'œsophagotomie qui eut la France pour berceau, sur laquelle ont paru des ouvrages aussi parfaits que ceux des professeurs Terrier (Thèse de Paris, 1870), Duplay (*Arch. génér. de méd.*, Paris, 1871) a cependant été bien délaissée dans notre pays. Depuis les progrès de l'antiseptie cependant, cette intervention est devenue plus sûre, plus anodine.

Aussi a-t-elle joui d'un peu plus de faveur parmi nous depuis ces dernières années. On est loin en effet du temps où Nélaton avait le droit de dire qu'elle était une des opérations les plus difficiles et les plus graves de la chirurgie. Pratiquée à temps, elle présente un pronostic tout aussi favorable que la laryngotomie et la trachéotomie

pour les corps étrangers des premières voies aériennes. Et pourtant, dans sa statistique (août 1894). Egloff relève en France 12 cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage, 32 en Allemagne, 7 en Suisse.

Sans revenir sur les cas de Goursault, de Rolland, de Bégin, nous trouvons en 1879 l'intervention de Péan qui opère un jeune garçon ayant avalé un noyau de fruit.

En 1882, Richet pratique sa troisième œsophagotomie. Il s'agissait d'une jeune femme ayant avalé un os pendant son repas. Il éprouve quelque difficulté à découvrir l'œsophage à cause de l'hypertrophie du corps thyroïde toujours volumineux chez la femme ; l'os est extrait à l'aide d'une pince. Richet pose des serres fines sur la plaie œsophagienne : la sonde à demeure provoque des accès dyspnéiques intenses qui cessent dès qu'elle est enlevée. La malade meurt quelque temps après de phthisie pulmonaire dont elle souffrait avant l'opération.

En 1889, une femme de 36 ans avale son ratelier en dormant.

Après des tentatives infructueuses qui ont pour résultat de briser le dentier, après l'expulsion de l'un des fragments, M. Segond pratique l'œsophagotomie et extrait le dentier après de nombreuses difficultés créées par les crochets de la prothèse. La guérison fut rapide.

En 1890, M. Périer opère avec succès une fillette de 10 ans ayant avalé depuis 8 jours deux boutons de manchette dont l'un avait été rejeté spontanément, et dont l'autre était resté un peu au-dessus du cricoïde. L'opération, assez délicate, parce que le bouton enchâtonné dans

la muqueuse, était en quelque sorte pris dans une boutonnière, se termine heureusement.

En 1891 intervention heureuse de M. Gross (*Sem. méd.* 1891), chez un cultivateur de 60 ans ayant avalé un os mouton.

La même année, M. Jalaguié extrait de l'œsophage d'un enfant de 2 ans 1/2 un disque de plomb pour lequel on n'avait pu introduire le panier de Graefe : l'issue est heureuse.

En 1892, M. Terrillon opère un jeune homme de 22 ans ayant avalé, 4 jours auparavant une pièce de 5 francs : les suites sont favorables.

En 1893, M. le professeur Berger retire par la voie œsophagienne une pièce de 5 francs en argent. Le malade l'avait avalée par mégarde et ne s'en trouvait pas trop gêné ; il pouvait avaler des aliments liquides ou en bouillie ; il n'en souffrait nullement. Au moyen d'une sonde à olive, on peut déterminer sans difficulté la position du corps étranger qui était situé à 21 ou 22 centimètres des incisives. Une tentative pour extraire la pièce avec la pince œsophagienne de Collin échoue ; la pince saisit à plusieurs reprises le bord de la pièce et peut l'ébranler, il est impossible de la déplacer : de nouvelles mensurations montrèrent qu'elle n'avait pas changé de position.

M. le professeur Berger pratique donc l'œsophagotomie externe trois jours après. Il est un peu gêné par le volume de la pyramide de Lalouette qu'il doit exciser. Pour découvrir largement la trachée et l'œsophage, il faut également inciser entre deux ligatures l'isthme du corps thyroïde. Il est aisé alors de reconnaître et d'inciser la

face latérale de l'œsophage où une sonde de Vacca avait été introduite. On peut trouver et extraire sans aucune peine la pièce de 5 francs.

A la Société de Chirurgie, une discussion s'engage au sujet du manuel opératoire, des soins consécutifs à l'opération.

Nous voyons en présence deux procédés : le premier employé par M. le professeur Berger, portant sur la ligne médiane du cou; le second, mis en pratique le plus généralement, agit parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien, sur la partie latérale.

Nous décrirons donc successivement chacun de ces procédés, laissant à plus compétent et plus autorisé que nous le soin de discuter leurs avantages, leurs inconvénients.

Le procédé de M. le professeur Berger dont il ne revendique pas d'ailleurs la priorité consiste à inciser sur la ligne médiane; à couper l'isthme du corps thyroïde entre deux ligatures; à ériger le conduit laryngo-trachéal à droite, le lobe thyroïdien gauche à gauche; à inciser l'œsophage, après hémostase aussi parfaite que possible.

En rapprochant de cette manière de faire, le procédé de Nélaton, il nous a semblé qu'il existait une grande similitude.

Procédé de Nélaton (Thèse du prof. Terrier, 1870).

Procédé de Nélaton. — D'après Nélaton, l'œsophagotomie externe serait peut-être plus facile si au lieu de faire l'incision sur les parties latérales du cou on procédait de la manière suivante :

1° Diviser les téguments sur la ligne médiane, comme on le fait dans la trachéotomie, en donnant seulement à l'inscision un peu plus d'étendue;

2° Séparer dans la même étendue les deux muscles sterno-hyoïdiens, que l'on écarte avec des crochets mousse et que l'on peut même diviser transversalement, pour agir avec plus de facilité; cela fait, l'isthme du corps thyroïde sera mis à nu; 3° faire passer sous cette partie une aiguille mousse entraînant un fil double; 4° diviser l'isthme entre deux ligatures; 5° la trachée étant alors mise à nu, décoller avec un instrument mousse le lobe gauche du corps thyroïde en contournant la trachée. Au fond de ce décollement se trouve nécessairement l'œsophage que l'on ouvrirait par le procédé ordinaire.

Après les recherches auxquelles il s'est livré sur le cadavre, après l'opération qu'il a pratiquée, M. le professeur Berger pense que la recherche de l'œsophage faite sur la partie latérale du cou est plus difficile que si l'on opère sur la ligne médiane. Cette difficulté s'accroîtra surtout chez la femme dont le corps thyroïde est en général plus développé que chez l'homme (cas de Richet).

Dans le deuxième procédé auquel on a le plus souvent recours, le lieu d'élection de l'opération est le côté gauche du cou.

Deux fois seulement l'opération a été faite à droite par Arnott et par Cheever.

La saillie du corps étranger à droite ne paraît pas une raison suffisante pour préférer ce côté.

L'incision tégumentaire est faite parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien et à un demi-centimètre

en avant de lui. Elle commence à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire et s'élève jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde.

On divise ensuite couche par couche, sectionnant au besoin l'omo-thyroïdien. On doit éviter les artères thyroïdiennes inférieure et supérieure situées à chacun des angles de la plaie.

Le corps thyroïde augmenté de volume peut créer de sérieuses difficultés. Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'œsophage. Des erreurs ont été commises, Krœnlein et Kœnig ont incisé le lobe thyroïdien, croyant avoir affaire à un abcès péri-œsophagien. Esmarch et Rupprecht ont pris la saillie formée par le tubercule carotidien de Chassaignac pour le corps étranger.

Il sera donc toujours prudent d'avoir recours à un conducteur : grâce à cet artifice, la difficulté de trouver l'œsophage n'existe plus.

La sonde de Vacca Berlinghieri est inutile, un cathéter uréthral peut suffire. Dès que l'œsophage est reconnu on l'incise latéralement et longitudinalement ; autant que possible sur le corps étranger. L'extraction du corps étranger peut souffrir quelquefois d'assez grandes difficultés. Pour enlever un couteau de poche, Bilioth dut ouvrir l'œsophage jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde. Lawson dut sectionner une pièce dentaire en deux, avant de pouvoir l'extraire. Lange et Haywood ont tenté en vain l'extraction de pièces dentaires qui finalement glissèrent dans l'estomac.

Bill rapporte une observation où un fil de fer de 0^m 31

de long, portant une épingle et un pinceau, glissa dans l'estomac d'où il fut extrait par la gastrotomie.

Dans certaines observations, le corps étranger a été trouvé en dehors de l'œsophage. Péan dut pénétrer jusqu'à 3 centimètres dans le médiastin pour dégager un noyau de pêche qu'il put refouler dans l'œsophage d'où il fut rejeté par un effort de vomissements.

Exposons maintenant quelques observations d'œsophagotomie externe, nous réservant de donner ensuite un aperçu des soins consécutifs à l'intervention. Nous ferons suivre quelques considérations tirées de la statistique d'Egloff, sur l'influence exercée par la forme du corps, par la durée de sa rétention sur les suites opératoires.

Mais disons auparavant que nous avons été précédé dans cette voie par M. Gaillard (Thèse de Lyon, 1894). De l'intervention sanglante pour les corps étrangers de l'œsophage (portion thoracique).

Dans ce travail ont été données les observations de Bégin, Syme, Péan, Terrillon, Segond, Jalaguier, un grand nombre de traductions anglaises.

Il nous restera donc à citer les faits survenus depuis les observations de Smiegelow, Frœlich, Chavier, l'observation de M. Chaput, six observations de Kronlein relevées dans les 135 cas de la statistique d'Egloff.

Nous citerons à propos de la gastrotomie, l'observation de Wallace.

A propos de l'œsophagotomie par le médiastin postérieur, nous citerons le travail de M. Patarca de Bukarest (*Roumanie médicale*, 1894, juillet).

Corps étranger dans l'œsophage extrait par pharyngotomie sous-hyoïdienne
Guérison (Schmiegelow de Copenhague. *Revue de laryngologie, ot. et chir.*, 1894).

Peter L., âgé de 38 ans, consulta le 22 août 1890 à cause d'une difficulté d'avaler dont il souffrait depuis trois semaines et qui commença subitement pendant la nuit du 1^{er} au 2 août. La nuit en question, il fut éveillé vers onze heures par une attaque de suffocation qui dura à peu près une heure. Le malade, un paysan, se rendit aussitôt chez son médecin. Quand il y arriva, l'attaque de suffocation avait passé, il respirait librement mais se plaignait de difficulté d'avaler. En retournant dans sa voiture, il découvrit qu'une prothèse avec une dent qu'il portait dans la mâchoire supérieure avait disparu et quoiqu'il la cherchât partout il ne put la retrouver. Il explique qu'il a porté cette fausse dent pendant plusieurs années, jour et nuit, qu'elle lui est souvent tombée de la bouche pendant la nuit. Il pensa d'abord qu'il avait pu avaler la dent qui ainsi serait la cause de son mal, mais comme il pouvait, le lendemain, boire du lait et manger du pain, la présence de la prothèse dans l'œsophage fut quelque peu improbable. Son médecin écrivit que lui aussi avait d'abord pensé que l'attaque était causée par la prothèse ; mais quand il proposa d'introduire une sonde d'œsophage le malade ne voulut pas le permettre. Son médecin l'avait vu pour la dernière fois le 8 août.

La difficulté d'avaler augmenta et comme le malade expectorait les jours suivants du mucus sanguinolent, on pensa à la possibilité d'une angine phlegmoneuse.

Il garda le lit pendant quinze jours et maigrit beaucoup. Le malade est pâle et maigre ; il a des douleurs en avalant, mais il peut déglutir des aliments liquides et solides.

Par l'examen laryngoscopique on voit une forte inflammation laryngienne.

Le 31 août. — On fit la trachéotomie à travers le cartilage cricoïdien et l'anneau trachéal supérieur, puis la pharyngotomie subhyoïdienne. Après que le pharynx fut ouvert on put, avec le doigt, sentir la prothèse de caoutchouc qui s'était très fortement insérée derrière le cartilage cricoïde.

La prothèse qui avait 4 centimètres de longueur et 3 centimètres de largeur était fixée de telle façon que la partie la plus mince était en bas. C'est seulement en employant des pinces recourbées et à l'aide du doigt, qu'on put décrocher et enlever la prothèse qui s'était profondément enfoncée dans la paroi œsophagienne. Le malade perdit très peu de sang. On fit des sutures dans la muqueuse et des sutures superficielles, une mèche iodoformée fut placée dans chaque coin de la plaie qui fut recouverte de gaze iodoformée et de carton. Un cathéter élastique fut introduit dans l'œsophage à travers le nez et y fut fixé.

TEMPÉRATURE

	Matin	Soir
30 juillet.		38°,1
31.	37°,5	38°,4
1 août	37°,1	38°,3
2	37°,8	38°,3
3	37°,9	38°,5
4	37°	38°,6
5	37°,8	37°,9
6	37°,4	37°,5
7	37°,2	

4 août. — Le malade se trouve mieux, pas de fièvre.

6 août. — La canule trachéale et le tube œsophagien sont enlevés.

15 septembre. — Il se trouve bien, mange et boit sans gêne.

22 septembre. — Il sort de l'hôpital guéri. Larynx normal.

24 mars 1891. — Il se trouve bien.

Observation de Krönlein (Egloff).

Karl K..., 48 ans, avale, le 20 septembre 1878, un os de mouton. On administre des vomitifs sans résultat. Le quatrième jour, la dysphagie était telle qu'il n'avait pu avaler en ces quatre jours la valeur d'un bol de bouillon. On a devant soi un homme alcoolique, fatigué, à la figure souffrante, exhalant par la bouche une odeur fétide. L'exploration à la sonde ne révèle rien, le panier de Graefe également. Après anesthésie, les tentatives restent tout aussi infructueuses.

On opère : Incision sur le bord antérieur du sternomastoïdien, partant du niveau du cartilage thyroïde jusque près de la fourchette sternale.

On écarte en dehors les gros vaisseaux, on coupe l'omohyoïdien qui gêne, on déchire avec le doigt le tissu cellulaire et on isole l'œsophage.

On le reconnaît à sa couleur spéciale, débordant la trachée. On l'incise sur une largeur de trois centimètres, on introduit une pince et on retire un os plat, lisse. La muqueuse œsophagienne est très tuméfiée.

L'opération s'est faite sans hémorrhagie : on désinfecte. On ne suture pas l'œsophage, on se contente de deux

points de suture à la partie supérieure de la plaie : on draine. Le huitième jour un léger suintement de sang cesse en faisant le pansement.

La première semaine le malade est nourri à la sonde œsophagienne.

Le 20 novembre 1878, il sort guéri.

2^e observation de Kronlein. — Œsophagotomie externe pour un ratelier avalé. Mort 15 jours après par hémorrhagie de l'artère thyroïdienne inférieure droite.

Le 3 janvier 1883, X... en dormant, avale son ratelier de quatre dents du haut. Il se rend compte aussitôt de ce qu'il a avalé, il est en proie à une vive oppression. Il a des crachottements de sang. Un médecin consulté pense que le corps doit être descendu dans l'estomac. Le panier de Graefe dans les mains d'un second médecin ne donne aucun résultat. Et cinq jours après, le malade a par la bouche une légère hémorrhagie de sang noir. Un troisième médecin croit l'opération nécessaire et fait transporter le malade à Zurich dans le service de Kronlein.

Le patient est un homme grand, amaigri, absolument exsangue. Il porte au cou une tumeur molle. La sonde donne la sensation d'un corps étranger dans le pharynx.

5 janvier. — Après anesthésie, on incise sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, on coupe l'omo-hyoïdien, on découvre l'œsophage dans les parois duquel on passe deux fils, on incise entre les deux points et à un centimètre on sent le ratelier dont une dent a perforé les parois œsophagiennes et fait saillie au dehors.

L'extraction a lieu sans hémorrhagie. Désinfection à l'eau salicylée tiède à 3 o/o. On place dans la plaie de la gaze iodoformée, carbolée, recouverte de papier de

gutta-percha, alimentation immédiatement après l'opération avec quatre œufs et un demi-litre de vin.

9 janvier. — Dans la nuit, le malade a trois selles sanglantes.

Le 11. — On change le pansement, on laisse la gaze iodoformée, on continue à l'alimenter.

Le 27 janvier. — Le malade était très bien portant lorsque, en se relevant sur son lit, une hématomèse foudroyante l'emporte en un quart d'heure.

Autopsie. — En avant du sterno-mastoïdien, plaie granuleuse de 11 centimètres.

Il n'y a pas d'infiltration purulente. Un peu au-dessous de la plaie œsophagienne, on trouve une ulcération de trois à quatre centimètres. A droite, à la même hauteur, on voit une petite tumeur, sorte de thrombus de la grosseur d'une noix qu'on prit d'abord pour une phlébite ; mais à la suite d'injections poussées dans l'artère thyroïdienne inférieure droite, on reconnut qu'il s'agissait d'une ulcération de ce dernier vaisseau. L'œsophage était rempli de sang, de caillots. Tout le tube digestif était plein de sang : il y avait un léger état congestif sans autre altération.

3e observation de Kronlein.

A. B... 21 ans. Déglutition d'un ratelier pendant la nuit. Œsophagotomie 13 heures après la déglutition.

Avec le doigt on arrivait à toucher le corps : mais on essaie en vain de le retirer avec le panier de Græfe ; 12 fois on tenta de l'extraire : la salivation était exagérée : au cou, à gauche siégeait une tuméfaction de la grosseur du poing. Opération le 1^{er} mars 1888.

Incision de la peau sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, on sectionne le muscle omo-hyoïdien, on récline l'artère thyroïdienne supérieure, on sent le corps étranger, on incise après avoir mis un fil à chaque angle de la plaie. Le corps est extrait avec une pince. Pas d'ulcération. Lavage au sublimé à 1/1000.

L'œsophage est suturé au catgut, on place un drain au point le plus déclive, on tamponne à la gaze iodoformée : par dessus on met un pansement.

La malade est mise à la diète les premiers jours ; on lui fait des injections de morphine à cause de son agitation.

6 mars. — La malade a du délire et tousse un peu, on enlève les points de suture œsophagienne : on l'alimente avec du vin, du bouillon.

Les aliments passent sans difficulté, on donne un lavement d'huile de ricin : la température est élevée.

9 mars. — On enlève le drain.

29 mars. — Départ dans un assez bon état.

l'observation de Kronlein.

Heinrich S..., 50 ans. Déglutition d'un morceau d'os. Guérison.

Le 25 avril 1891 en prenant son repas, cet homme avale un os ; comme il ressentait très peu de gêne, il attendit jusqu'au 29. On fait alors cinq tentatives d'extraction qui ne réussissent qu'à enfoncer le corps plus profondément.

A la suite de cet insuccès, il attend encore 16 jours : il se décide enfin à recourir à un chirurgien, poussé par la faim, miné par la diarrhée.

Le 6 mai 1891. — Œsophagotomie externe. On coupe le muscle omo-hyoïdien on tombe sur une tumeur œdémateuse ; une légère hémorrhagie paraît provenir de l'artère thyroïdienne supérieure. On fait une incision de deux centimètres sur la tumeur. On met un point de suture à chaque extrémité. Le morceau d'os est extrait. On suture l'œsophage avec trois points ; on suture la peau, et on ne laisse que la place pour le drain. Pansement.

Le soir même le malade a une selle sanglante, on le nourrit à l'aide de la sonde œsophagieune.

Le 8. — On change son pansement.

Le 14. — Le malade avalant sans sonde, il sort un peu de mucus et d'aliment par le drain.

Le 18. — Le malade est très pâle, très anémié ; on se prépare à la transfusion : Ingestion de glace par la bouche.

Le 21. — La plaie extérieure qu'on a réuni par première intention est guérie.

Le 23. — Le malade n'a pas eu de selles depuis le 17 ; on administre un lavement.

Le 20 juin. — Le malade est anémié.

Le 28 juin. — Sortie.

5^e observation de Kronlein.

Femme St..., 32 ans. Déglutition d'un ratelier de deux dents, pendant le sommeil.

Un médecin appelé immédiatement, ne trouve rien par l'exploration avec la sonde.

Onze heures après, on pratique l'opération. Sur la partie latérale gauche du cou se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf. A la partie inférieure de l'incision, on voit l'artère thyroïdienne inférieure : on la prend entre

deux ligatures et on l'incise. Par la bouche, on introduit un cathéter qui aide à reconnaître l'œsophage. On incise ce dernier entre deux fils. A l'aide d'une longue pince on extrait le corps étranger situé à deux centimètres du cardia. On met deux points de suture à la soie sur la musculeuse œsophagienne, quatre points de suture pour la musculieuse. On suture la peau, et à la partie déclive, on met un drain. Pansement.

La malade est nourrie avec du lait et des œufs à l'aide de la sonde.

Le 4 janvier, on change le pansement; on ne laisse que le drain et on permet à la malade de se nourrir sans sonde. Par la plaie, il sort un peu de mucosités.

Le 14 janvier, il ne passe plus rien par le drain; la plaie bourgeonne bien.

Le 21 janvier. Exeat.

6° Observation de Kronlein.

Joseph B..., 42 ans. Œsophagotomie externe pratiquée pour la deuxième fois.

Le 24 décembre 1885, le malade avale un petit os dans sa soupe. Fritche de Glarus lui fait quatre jours après l'œsophagotomie externe. Déjà à l'hôpital, après cette première opération, lorsqu'il avalait des morceaux un peu volumineux, il avait grande peine à déglutir. Une fois même, on dut employer une sonde pour propulser un trop gros morceau dégluti. En 1889, dans une circonstance analogue, il eut recours lui même à ce procédé. Lorsque le 21 novembre 1893, en mangeant de la viande peu cuite, il lui resta un morceau dans l'œsophage. Il ressent une grande pesanteur au niveau du

manubrium. Pas une goutte de liquide ne passe dans l'estomac.

On pratique pour la seconde fois l'œsophagotomie externe.

On incise la peau sur une longueur de douze centimètres : l'opération est faite au même endroit que la première fois et on ne peut trouver aucune trace de cette première intervention.

On incise l'aponévrose superficielle, on coupe le muscle omo-hyoïdien, on récline le paquet vasculo-nerveux et apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf qu'on incise par son milieu : on coupe l'artère thyroïdienne supérieure entre deux ligatures. On introduit par la bouche un cathéter sur lequel on pratique une incision de deux centimètres de longueur.

Le corps étranger se trouve à la hauteur de la bifurcation des bronches : on l'extraît avec une pince courbe. On constate en cet endroit un certain degré de rétrécissement.

On met cinq points de suture à la soie sur la muqueuse œsophagienne. La tunique musculaire est saturée au catgut. Un drain est placé à la partie déclive de la plaie : Suture de la peau. Le malade est nourri à la sonde.

Le 23 novembre. — On donne matin et soir au malade, trois œufs, six décilitres de lait, quarante grammes de cognac, quarante centimètres cubes de peptone.

Le 26. — On enlève le drain.

Le 28. — Il s'alimente sans sonde.

Le 29. — On enlève les points de suture : on remarque par l'angle inférieur de la plaie un léger suintement.

Le 8 décembre. — On passe les bourgeons charnus au nitrate d'argent.

Le 10 décembre. — Le malade se lève.

Le 13 décembre. — Il avale quelques aliments solides sans douleurs.

Le 18 décembre. — Il sort guéri après recommandation de ne plus avaler d'aussi gros morceaux.

Obs. de M. Frœlich (Nancy). — Noyau de pêche dans l'œsophage : œsophagotomie externe sans suture. Guérison.

Il s'agit d'un petit garçon qui se présenta le 2 août 1894, dans le service de M. le professeur Heydenreich. Les parents racontaient qu'en mangeant une pêche, leur enfant en avait avalé le noyau. L'accident remontait à quelques heures.

La respiration était gênée mais par accès; l'enfant crachait fréquemment et la quantité de salive ainsi expuée, était énorme. Ce phénomène constituait une présomption pour la présence du corps étranger dans l'œsophage; il indiquait l'obstruction du conduit. A chaque mouvement d'expiration, on percevait nettement et même à distance un bruit de glouglou particulier, semblable à celui que l'on obtient en soufflant avec un tube dans un verre rempli d'eau.

Ce bruit semblait dû au passage de bulles d'air venant de l'estomac d'où l'expiration les chassait à travers la colonne de salive qui surmontait le noyau. Cet air s'était insinué préalablement entre le noyau et les parois de l'œsophage.

On pouvait conclure de ce fait que le corps étranger oblitérait à peu près complètement le conduit œsophagien.

Si l'on donnait à boire à l'enfant une gorgée de liquide en lui recommandant de la prendre très petite, le liquide revenait par les narines, et un violent accès de suffocation

s'en suivait. L'enfant se plaignait d'une douleur continue, vive, siégeant en un point toujours le même en arrière de la fourchette du sternum.

Examen direct. — Le doigt introduit dans le pharynx aussi profondément que cela était possible, ne révéla rien d'anormal. La palpation anormale du cou resta sans résultat.

Le corps thyroïde était hypertrophié, mais modérément.

L'examen au laryngoscope, auquel le petit malade se prêta docilement ne permit pas de voir, aussi loin que le regard pénétrait dans la trachée une saillie de la paroi postérieure de ce conduit. Le cathétérisme de l'œsophage avec la sonde, munie d'une olive en ivoire fut arrêté à 18 centimètres des incisives supérieures. Le corps étranger se trouvait donc à 3 ou 4 centimètres au moins dans l'œsophage; il s'agissait d'ailleurs d'un enfant de petite taille. Les essais de refoulement du noyau de pêche au moyen de l'éponge montée, restèrent infructueux, malgré des pressions assez fortes.

On répéta d'autant plus volontiers ces tentatives, qu'un noyau de pêche soi-disant égal en volume à celui qui avait été avalé et que présentaient les parents avait à peine deux centimètres dans son plus grand diamètre. On verra combien cette appréciation était erronée.

L'introduction du panier de Graefe fut absolument impossible ainsi que celle du parapluie de Fergusson. La pince œsophagienne de Colin permit de toucher le noyau, mais c'est en vain qu'on essaya de l'ouvrir et de l'enfoncer suffisamment pour avoir prise sur le corps étranger.

Ces tentatives réitérées et toujours infructueuses décidèrent à pratiquer l'œsophagotomie externe qu'on remit au lendemain, l'heure étant trop avancée.

Pendant la nuit l'enfant ne dormit pas, le bruit de glou-

glou fut continu, et de temps à autre, des accès [de suffocation survenaient occasionnés peut-être par le passage dans le larynx de la salive accumulée dans l'œsophage. Ils cessaient en effet après d'abondants crachements de salive pour recommencer ensuite.

Le lendemain matin, c'est-à-dire moins de 24 heures après l'accident, on pratique l'œsophagotomie. Le sujet étant chloroformé et la moitié gauche du cou soigneusement aseptisée, on fit une incision s'étendant de l'articulation sterno-claviculaire gauche, jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, le long du muscle sterno-mastoïdien : l'incision avait 8 centimètres de longueur.

Il fallut immédiatement sectionner entre deux ligatures, la jugulaire externe assez dilatée. Cela fait on sectionna successivement le peaucier et les aponévroses. On fit récliner le sterno-mastoïdien d'une part les vaisseaux carotidiens de l'autre.

Le lobe gauche du corps thyroïde est assez développé. On coupe le muscle omo-hyoïdien. On arrive sur le noyau. L'index de la main gauche, placé au-dessous du corps étranger pour l'empêcher de descendre (précaution inutile ici) on incise l'œsophage dans la direction verticale et sur le côté. Une incision de 3 centimètres fut nécessaire pour retirer le corps. Un flot de salive et de mucus inonda à ce moment la plaie. On introduit la sonde œsophagienne par la narine droite, un fil passé autour de la tête de l'enfant, la fixe.

Fallait-il fermer la plaie œsophagienne par la suture ? Cette pratique était tentante : la plaie était nette et d'autre part l'accident ne remontait pas à 24 heures.

Néanmoins comme la partie pointue du noyau s'était implantée dans la muqueuse œsophagienne, on jugea prudent de ne point suturer.

On se borna donc à placer un gros drain, qui affleu-

rait à sa partie profonde la plaie œsophagienne et qui était fixé par une épingle anglaise, passée à travers les lèvres de la peau. Pansement iodoformé.

Le noyau de pêche mesurait exactement 3 centimètres dans son plus grand diamètre. Sa largeur était de 23 millimètres, son épaisseur de 17 millimètres.

Suites. — La température s'éleva le lendemain de l'intervention à 38°,5, le surlendemain, elle était retombée à 37°, chiffre qu'elle ne devait plus dépasser.

L'enfant fut nourri le premier jour par du lait, des œufs, du bouillon concentré, injectés par la sonde. Dès le deuxième jour, le petit malade arracha la sonde dans les 24 heures pour l'alimenter. Ces réintroductions étaient faciles, mais énervaient considérablement l'opéré; aussi on supprima tout cathétérisme par la voie nasale et buccale et on fit pénétrer dans l'estomac, par la plaie œsophagienne, une sonde de Nélaton, n° 15. Cette dernière resta en place pendant 15 jours. L'enfant toussait, et chaque quinte ramenait par la sonde nasale, une petite portion du contenu stomacal. Le même accident se reproduisit pour la sonde passée dans la plaie œsophagienne. Pour éviter cet inconvénient, au lieu de donner trois repas de 2/3 de litre d'aliment, on en fit faire un toutes les deux heures, d'une quantité d'aliment moindre; le reflux ne se reproduisit plus.

Quatorze jours après l'opération, la plaie était complètement fermée, sauf pour le trajet nécessaire à la sonde de Nélaton. On enleva définitivement cette sonde et on fit avaler par la bouche des liquides. Dès le premier jour, pas la moindre parcelle de lait ne reflua par la fistule. La guérison fut complète après 7 jours, c'est-à-dire, trois semaines après l'œsophagotomie. L'enfant pendant le cours du traitement avait visiblement engraisé.

Observation de Chavier (à Autun), médecin-major (*Arch. prov. chir.* 1895).

Le 13 septembre 1894, entre à l'hôpital mixte d'Autun, le nommé B..., soldat au 13^e de ligne, âgé de 22 ans, homme fort, vigoureux, qui, quelques heures auparavant, durant la nuit, pendant les manœuvres d'automne, avait, dans une quinte de toux, avalé une plaque dentaire portant deux incisives supérieures. Il fut aussitôt pris de suffocations et de vomissements. Le médecin-major du régiment, appelé immédiatement, donna un vomitif, fit des tentatives d'extraction par la voie buccale avec le panier de Graefe, sentit parfaitement le corps étranger qui se trouvait près de la fourchette sternale, l'accrocha plusieurs fois, la mobilisa, mais ne put parvenir à l'extraire. Il envoya à l'hôpital cet homme qui s'y présenta la face vultueuse, l'air anxieux, disant d'une voix enrouée qu'il avait avalé son dentier, qu'on n'avait pu l'extraire, qu'il le sentait dans la gorge, qu'il étouffait. Deux docteurs renouvelèrent des tentatives qui n'eurent d'autre succès que d'érailler la muqueuse œsophagienne et d'amener une expectoration sanguinolente.

Au bout de huit jours, le blessé éprouvait toujours la sensation d'un corps étranger au même endroit c'est-à-dire un peu au-dessus de la fourchette du sternum, mais avait sans trop de difficulté les aliments demi-solides qu'on lui donnait : on ne percevait rien à la palpation extérieure.

Pendant trois semaines, le malade s'alimenta relativement assez facilement, il se promenait dans le jardin, jouait avec ses camarades et son état général restait bon. A cette époque, il eut à l'oreille droite une douleur assez vive qui dura quatre jours et qui paraissait de nature

reflexe ; puis le 15 octobre, il toussa et la déglutition devint plus difficile. En pressant sur le côté droit de l'œsophage, on développait un peu de sensibilité. Cela dura deux jours. Le 20 octobre, raucité de la voix il eut une crise d'étouffement pendant la nuit.

Le lendemain 21, on introduisit une sonde à olive en ivoire de 14 millimètres. Elle pénétra profondément. Bien qu'on sentit à son passage qu'une résistance un peu élastique du conduit œsophagien semblant tenir à un spasme, le malade dit que le corps étranger qu'il persistait à loger dans l'œsophage, avait été refoulé dans l'estomac. qu'il se trouvait complètement dégagé et se mit à avaler par faitement du pain qu'on lui donna, à boire du vin ; c'était le matin, la journée fut bonne.

Le lendemain 22, déglutition impossible. On ne put passer la bougie la plus fine ; dès qu'elle pénétrait dans l'œsophage, il était pris d'un spasme tel qu'elle ne pouvait avancer et il suffoquait.

La réalité d'un corps étranger, malgré l'absence de signes positifs, n'était guère douteuse. On se décide à l'opération.

Opération. — Le 23 octobre, après chloroformisation qui ne donna lieu à aucun incident, et antisepsie de la région, on fait sur le côté gauche du cou une incision qui s'étendait de l'articulation sterno-claviculaire au bord supérieur du cartilage thyroïde, le long du bord interne du sterno-mastoïdien. On divise couche par couche, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier, l'aponévrose superficielle ; puis, laissant le bistouri, on pénètre avec le doigt et la sonde cannelée dans les parties profondes. On réclive le muscle sterno-mastoïdien d'une part, de l'autre les muscles sous-hyoïdiens, le lobe thyroïde gauche et la trachée. Le muscle omo-hyoïdien n'a pas besoin d'être coupé : il suffit de le porter en dedans. On passe

entre les deux artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Quant au nerf récurrent il est écarté avec la trachée. L'œsophage se présente au fond de la plaie avec une teinte rouge uniforme. En portant le doigt sur le conduit, on constate parfaitement la présence d'un corps étranger qui fait saillie sur le côté gauche et en avant. Donc, nulle erreur sur la réalité de cet organe et inutile, par conséquent, de se servir d'un conducteur pour en faciliter la section. C'est en effet sur la saillie latérale qu'on incise l'œsophage. Par l'ouverture ainsi faite, on introduit une des branches de ciseaux et on le coupe latéralement et longitudinalement sur une hauteur de cinq centimètres environ. A ce moment, se déclare une hémorrhagie abondante qui ne peut venir que des vaisseaux œsophagiens dilatés. On s'en rend maître avec des pinces et de la compression, et on procède à l'extraction du corps étranger.

On saisit avec une pince l'extrémité de la dent incisive qui fait saillie en dehors et on cherche à l'entraîner. Elle se casse par le milieu, un des crochets étant implanté dans la paroi du conduit. Avec une pince courbe, on va alors chercher la plaque dentaire qui s'était en quelque sorte moulée sur la surface intérieure de l'œsophage, essayant en la pressant par un bord, de la faire basculer et de l'amener en dehors par un mouvement de torsion. L'extraction est laborieuse. L'hémorrhagie œsophagienne se reproduit aussitôt à la sortie du corps. L'hémostase faite, on voit s'écouler aussitôt, par la plaie œsophagienne, des mucosités spumeuses, qui font admettre une communication entre la trachée et l'œsophage.

On ne pouvait évidemment songer à suturer l'œsophage, dont les bords avaient été forcément contus et dilacérés et par conséquent il ne fallait pas non plus fermer la plaie cutanée. On se contenta d'un pansement antiseptique.

tique à la gaze stérilisée, saupoudrée d'iodoforme, en tamponnant avec soin la partie inférieure de la plaie, pour empêcher tout écoulement de liquide dans le médiastin.

Les suites de l'opération furent simples ; le premier jour, le malade fut nourri avec des lavements alimentaires. T. 37°,3. Le lendemain on l'alimente avec la sonde de Debove, introduite facilement par la bouche deux fois par jour : il n'eut aucun jour de fièvre.

Pendant les huit premiers jours, le blessé fut pris, après chaque passage de la sonde, de quintes de toux ; et du liquide alimentaire régurgité passa par la plaie œsophagienne, ainsi que des mucosités spumeuses ; le pansement était renouvelé, la plaie bien lavée. A partir du deuxième jour, il ne s'écoula plus rien ; la plaie œsophagienne était fermée. On lui introduisit pendant deux jours encore, le tube par prudence, puis il s'alimenta naturellement. Le dix-huitième jour la plaie cutanée était fermée. La voix reste un peu voilée.

Observation inédite (M. Chaput, 1895). — Déglutition d'une pièce de cinq centimes.

Le vendredi, 2 août 1895, Marcelle G..., âgée de 6 ans, avale une pièce de un sou avec laquelle elle s'amusait. Immédiatement, elle éprouve une sensation assez vive d'étouffement, une douleur un peu au-dessus de la poignée du sternum.

Ces phénomènes s'amendèrent très rapidement et la jeune malade ne ressentit plus guère de souffrances et de suffocation ; la déglutition des liquides se faisait presque normalement, mais les solides déterminaient une gêne plus marquée.

Cet état dure peu de temps et dès le lendemain les solides ne passent plus, les liquides passent très difficilement. En présence de l'anxiété de la jeune malade, un médecin est appelé qui à l'aide de diverses manœuvres, tente l'extraction de la pièce de monnaie, mais en vain.

Les quelques jours qui suivent deviennent de plus en plus mauvais, et l'on se décide à la faire entrer à l'hôpital Tenon, salle Delessert, le 7 août 1895.

A son entrée l'état général est inquiétant, la petite malade est pâle, amaigrie, dans un état d'angoisse extrême. La salivation est abondante, la déglutition des liquides et à plus forte raison des solides est presque impossible.

La voix est éteinte, la respiration rapide; l'inspection du pharynx ne révèle rien. Une exploration à la sonde conduite avec une grande prudence montre un obstacle infranchissable à peu de distance de l'orifice supérieur à environ 17 centimètres de l'arcade dentaire supérieure.

Devant l'état grave de la jeune malade, M. Chaput fait tout préparer pour l'œsophagotomie externe, le jour même; ce n'est qu'alors que le panier de Graefe est essayé. Introduit très prudemment, on essaie de le retirer de même; mais presque immédiatement on rencontre une résistance assez grande, et de crainte de produire des lésions graves sur un œsophage soumis depuis huit jours déjà à la présence du corps étranger, on laisse en place le panier de Graefe et l'on commence, séance tenante, l'œsophagotomie externe.

Après une incision partant du bord supérieur du cartilage thyroïde pour aboutir à deux centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, on coupe les aponévroses, le muscle omo-hyoïdien, et on arrive sur un lobe thyroïde légèrement hypertrophié. Après avoir récliné en dehors le sterno-mastoïdien, en dedans la trachée et le paquet

vasculo nerveux, on distingue l'œsophage au fond de la plaie.

On incise verticalement le bord latéral gauche de l'organe, sur une étendue de 3 centimètres environ, en se guidant sur la saillie formée par le panier et par la pièce. On constate alors que le panier de de Graefe, se trouvait situé au-dessus du sou, en dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde qu'il avait accroché dans les dernières manœuvres, ce qui avait donné cette sensation de résistance et décidé à laisser en place l'appareil. Le sou est extrait facilement avec une pince à artère.

Quant à la suture de l'œsophage, on n'hésita pas à laisser béante la plaie œsophagienne : ses parois en effet étaient depuis huit jours soumises aux pressions continues de la pièce de monnaie et pouvaient faire craindre du sphacèle consécutivement ; une mèche fut placée dans la plaie : on réunit la plaie cutanée par quelques points de suture.

Les suites opératoires furent des plus simples : quelques heures après l'opération on lui fait absorber par la bouche, du lait : on ne place point de sonde œsophagienne : la jeune malade est alimentée pendant 15 jours environ avec du lait, du bouillon, du vin. A peine quelques mucosités sortirent-elles par la plaie œsophagienne.

Pendant les huit premiers jours les pansements à la gaze iodoformée furent changés quotidiennement : puis tous les deux jours. Quinze jours après la plaie cutanée était guérie : il persistait une petite fistule qui se ferma au bout de 3 semaines. La malade partit guérie le 29 août 1895.

Revue depuis, elle présente une cicatrice à peine visible et qui s'atténuera encore avec le temps ; quant à la déglutition elle a lieu comme auparavant.

SUTURE DE L'ŒSOPHAGE.

Le corps étranger enlevé, une question importante se pose. Faut-il suturer la plaie œsophagienne? En général les sutures œsophagiennes se désunissent très facilement. Cela tient souvent à ce que les lèvres de l'incision ont été traumatisées par le corps étranger et se prêtent mal à une réunion par première intention.

Souvent dès les premiers jours, malgré une occlusion aussi parfaite que possible, on voit sourdre de la plaie les produits de sécrétion œsophagienne ou les aliments.

La suture œsophagienne sera donc le plus souvent inapplicable et par conséquent contre-indiquée. Ce sont du reste ces considérations qui ont décidé notre maître, M. le Dr Chaput, à ne point suturer dans le cas qu'il a bien voulu nous confier.

DRAINAGE ET PANSEMENT.

La suture de la plaie cutanée ne doit pas être faite complètement. Bien au contraire elle doit être maintenue largement béante.

Un point capital du traitement consécutif est d'assurer l'alimentation de l'opéré. Les uns proposent la diète absolue pendant les premiers jours, défendant même à l'opéré d'avaler sa salive, et se contentant de prescrire des lavements nutritifs. Les partisans de la suture œsophagienne

prétendent que celle-ci permet la déglutition des aliments liquides pris en petite quantité à la fois.

L'alimentation par la sonde œsophagienne a compté de tout temps de nombreux partisans. Elle a aussi eu ses détracteurs : on lui reproche d'être difficilement tolérée, d'irriter et de provoquer l'œsophagite. Pour rendre la sonde plus supportable Bilioth l'introduit dans la plaie œsophagienne, procédé mauvais qui retarde la guérison. Mieux vaudra passer la sonde par la bouche ou par le nez, et l'y laisser à demeure. Ce procédé est utile pour alimenter des sujets déjà bien affaiblis par suite de la dysphagie prolongée.

Il n'est pas indispensable, notre dernière observation la prouve.

Voyons maintenant quelles seraient, suivant la statistique d'Egloff, les influences exercées sur les suites opératoires, par la forme du corps, la durée de sa rétention.

Sur les 135 cas rapportés par Egloff, on relève :

Rateliers	42	Poisson	3
Os.	42	Noix.	1
Pièces de monnaie . .	9	Châtaigne.	1
Noyaux de fruits. .	6	Morceau de fer. . .	1
Aiguilles	5	Métal	1
Pierres	3	Morceau de verre. .	1
Boutons.	3	Sifflet	1
Arêtes de poisson .	2	Canif.	1
Dents.	2	Corps divers	5
Noyau de cerise. .	1	Bouchon de carafe .	1
Monocle	1		

Le premier dentier a été enlevé par Cock à Londres en 1856, et de 1856 à 1894, ce fait s'est reproduit 42 fois. Dans le même laps de temps on a seulement enlevé 32 os.

Sur ces 135 cas, 100 ont été suivis de guérison. Dans un cas mortel de Bille l'issue fatale est due davantage au passage du corps étranger dans l'estomac qu'à l'œsophagotomie elle-même. La malade de Richet mourut 9 mois après l'intervention, d'une tuberculose pulmonaire dont elle souffrait depuis longtemps. Il est juste de retrancher ces deux cas de la statistique, ce qui, sur 133 cas d'œsophagotomie, pour corps étrangers donne un total de 100 succès soit 24, 8 o/o de mortalité.

Il importe beaucoup de tenir compte du temps écoulé depuis l'introduction du corps étranger jusqu'à son extraction. Les conditions sont évidemment plus mauvaises si l'on prolonge cet intervalle.

Nous donnons ici un tableau dressé par Egloff et qui montre bien le danger qu'il y a de trop différer l'intervention.

14 œsophagotomies faites		après l'introduction donnent 11 succès 3 morts				
22	»	12 heures	»	»	17	» 5 »
18	»	24 heures	»	»	14	» 4 »
6	»	2 jours	»	»	6	» pas de mort
46	»	au troisième jour	»	»	37	» 9 morts
28	»	aux trois premiers jours	»	»	19	» 9 »
74	»	de 4 à 7 jours	»	»	56	» 18 »
22	»	dans la première semaine	»	»	17	» 5 morts
4	»	de 2 à 4 semaines	»	»	4	» — »
9	»	de 5 à 8 semaines	»	»	8	» 1 »
1	»	de 2 à 12 mois	»	»	—	» 1 »
1	»	2 ans et 3 mois	»	»	1	» — »
1	»	3 ans et 3 mois	»	»	—	» 1 »
1	»	12 ans	»	»	—	» 1 »

Si l'on compare la statistique des opérations faites les trois premiers jours avec la statistique des œsophagotomies pratiquées du quatrième au huitième jour, on trouve la mortalité de cette dernière inférieure de 12 o/o sur la précédente.

Dans les trois premiers jours on a 46 œsophagotomies, 37 guérisons, 9 morts soit 19 o/o de mortalité.

Du quatrième au septième jour on a 28 œsophagotomies, 19 guérisons, 9 morts, soit 32, 1 o/o de mortalité.

La forme du corps étranger influe beaucoup aussi sur la mortalité :

Pour 41 cas d'os avalé on a eu 28 guérisons, 13 morts, soit 31, 7 o/o de mortalité.

Pour 42 cas de rateliers on a eu 32 guérisons, 10 morts, 23, 8 o/o de mortalité.

Pour 9 cas de pièces de monnaie, on a eu 8 guérisons, 1 mort, soit 11, 1 o/o de mortalité.

Pour 6 cas de noyaux on a eu 6 guérisons, 1 mort, soit 0 o/o de mortalité.

Parmi les cas mortels occasionnés par l'opération on relate quatorze faits de perforation de gangrène du conduit œsophagien, perforation dans le médiastin postérieur, la plèvre, la trachée entraînant la pneumonie ou la gangrène pulmonaire.

Huit fois il y eut hémorrhagie, deux fois septicémie, une fois pyohémie, une fois œdème des poumons, une fois tuberculose, une fois apoplexie pulmonaire.

Parmi les hémorrhagies on trouve :

Le cas de Von Gerster (os) enlevé 12 jours après l'introduction, hémorrhagie, cinq jours après l'œsophagoto-

mie ; elle avait comme cause une lésion de la veine pulmonaire interne.

Dans une opération faite par Bilroth, cinq jours après l'introduction d'un ratelier, hémorrhagie treize jours après par lésion de la carotide interne.

Czerny opérant pour os retenus depuis huit jours dans l'œsophage eut huit jours après une hémorrhagie de la veine jugulaire due à la pression du drain.

Bose enlève un os huit jours après son introduction, huit jours après hémorrhagie de l'artère cervicale ascendante due à l'athérome.

Rinne opérant huit jours après, a une hémorrhagie le neuvième jour.

Kronlein retire un ratelier depuis six jours dans l'œsophage, quinze jours après hémorrhagie de l'artère, thyroïdienne droite causée par la trop longue rétention du corps étranger.

On le voit la forme du corps et surtout la durée de sa rétention sont deux facteurs dont il faut tenir grand compte dans le traitement des corps étrangers.

Le jeune âge est-il une contre-indication formelle à l'œsophagotomie externe ? Faut-il penser avec M. Felizet qu'elle soit impossible chez un enfant de 4 ans parce que, chez lui, le segment cervical de l'œsophage ne mesure que 2 centimètres ; et surtout parce que l'ouverture d'un canal aussi exigu, ne constitue, au fond d'une brèche profonde, que le premier temps de la poursuite d'un corps arrêté plus bas ?

M. Lemaistre (*Limousin médical*, janvier 1894) rapporte un cas d'œsophagotomie externe chez un enfant de

5 mois 1/2. Cet enfant avait avalé un bijou sous forme de broché depuis déjà quinze jours. On se résolut à l'opération devant l'impossibilité d'extraire avec une pince le corps étranger. La peau fut sectionnée au thermo-cautère.

La muqueuse fut suturée, les muscles et la peau ne furent pas réunis.

La sixième opération de Kronlein est intéressante en ce que le même malade a été opéré à deux époques différentes et chaque fois pour un corps étranger œsophagien. Bilioth a opéré dans les mêmes conditions une femme en 1878 puis en 1885.

Ces deux opérateurs n'ont fait remarquer aucun changement de texture de l'œsophage après leur première opération.

Il semble donc que le rétrécissement œsophagien soit peu à craindre, après l'œsophagotomie externe : on ne relate pas après elle de fait de rétrécissement de ce conduit.

Au sujet de l'observation de M. Frœlich de Nancy, que nous avons rapportée plus haut, ce chirurgien réunit les cas d'œsophagotomie externe qui se sont présentés depuis 1891, époque à laquelle M. Gross de Nancy (*Semaine médicale*, 1891) fit paraître sa statistique. Il relève 17 cas.

Kronlein a fait quatre œsophagotomies.

Roux en a fait deux, Gerster trois. Terrillon, M. le professeur Berger, M. Segond, Jalaguier en ont fait une. Puis viennent les cas de Furner, Port, Frœlich, Cahier. Si donc on y joint un cas de M. Gangolphe rapporté dans

la thèse de M. Gaillard (Lyon, 1894), ceux de Smiegelow cité plus haut, Hamilton (*Medical News*, 27 janvier 1894), de Chavier (*Archives prov. de chir.* Février 1895) le cas inédit de M. Chaput, on voit que depuis la statistique de M. Gross jusqu'en août 1895, 22 cas d'œsophagotomie externe se sont produits, ce qui donne un total de 147 œsophagotomies externes publiées. Depuis 1891 on relève une seule mort : le cas de M. Cahier.

Pour résumer ce qui a trait à l'œsophagotomie externe, nous dirons que, peu pratiquée en France jusqu'à ces dernières années, l'antisepsie la rend plus fréquente : deux voies se disputent la priorité : la première partant de la ligne médiane, arrive à l'œsophage après section de l'isthme du corps thyroïde.

Cette méthode peu employée semblerait préférable chez la femme, chez les sujets à corps thyroïde volumineux.

La seconde voie usitée, part du bord antérieur du sterno mastoïdien, laisse indemne le corps thyroïde, récliné à droite ; le paquet vasculo-nerveux récliné à gauche.

Pour l'incision de l'œsophage, un simple cathéter sert de guide. On suture la plaie œsophagienne si l'état de ses parois ne s'y oppose pas. Toutefois la filtration de mucosités, de matières alimentaires se voit fréquemment. Du reste, la cicatrisation de la plaie non suturée se fait rapidement et sans fistule. La plaie superficielle ne sera pas suturée.

L'âge influe peu sur l'opportunité de l'œsophagotomie. Et si on voit des opérations faites sur des enfants

de cinq mois et demi, on la voit réussir chez des vieillards de 75 ans (thèse Gaillard. Lyon, 1894).

On ne signale pas de rétrécissements consécutifs :

On le voit, l'œsophagotomie, faite de bonne heure, sur des œsophages peu traumatisés, présente d'immenses avantages, bien peu d'inconvénients.

DE LA GASTROTOMIE

Jusqu'à Richardson en 1886, on n'avait songé à opposer au corps étrangers rebelles que l'œsophagotomie externe.

Ce chirurgien ne fut amené à appliquer la gastrotomie à l'extraction des corps étrangers, qu'en face des bons résultats de cette opération dans les rétrécissements du cardia qu'on dilatait à travers une boutonnière stomacale.

Le 5 août 1886, Richardson extrait un dentier arrêté à peu de distance du cardia; le succès est complet.

Le 29 août 1887, J. Bull par une ouverture stomacale repousse de bas en haut, jnsque dans la bouche un noyau de pêche arrêté à 32 centimètres 9 des arcades dentaires, la guérison fut rapide.

M. Silver eut un insuccès en 1891 chez une femme qui avait avalé un ratelier depuis longtemps et qui était arrivé à un degré extrême d'émaciation.

Jusque-là, on s'était contenté d'une étroite ouverture

faite à la paroi stomacale, permettant l'introduction d'un doigt, d'une pince, d'une bougie. David Wallace, chirurgien assistant à la Royale infirmerie d'Edimbourg, va devenir plus audacieux; à l'œsophagotomie externe faite dans le but d'extirper un dentier, il va ajouter une large incision de l'estomac, capable de donner passage à la main toute entière.

Œsophagotomie et gastrotomie pour l'extraction d'un dentier composé de cinq dents artificielles.

Une femme de 28 ans, avala le 21 juillet 1893, une pièce prothétique portant cinq dents. L'examen de la gorge ne révélait aucun corps étranger. La patiente se plaignait de souffrir derrière la poignée du sternum. A la vue et à la palpation, rien d'anormal au niveau du cou. On explore l'œsophage avec la sonde à boule olivaire qu'on introduit jusque dans l'estomac sans rencontrer de résistance. On endort la malade au chloroforme et une nouvelle exploration donne cette fois une vague sensation de rudesse au passage. On introduit alors le panier à extraction et la résistance qu'il donne lorsqu'on le retire avec douceur, révèle à n'en pas douter la présence du corps étranger, en même temps que sa situation à égale distance de la poignée du sternum et de l'estomac. On pratique l'œsophagotomie, mais aussi bas que possible. Pas de difficulté opératoire. On retire le panier qu'on avait laissé et on introduit par la boutonnière une pince pour tenter de saisir le dentier, mais en vain. Devant cet insuccès, on pratique une incision entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. L'estomac mis à nu est attiré au dehors, au niveau de sa face antérieure et du cardia, et on l'entoure de compres-

ses aseptiques pour préserver la grande cavité péritonéale. On pratique sur la grande courbure une incision suffisante pour permettre l'introduction du doigt qu'on dirige vers le cardia. Ici la difficulté à trouver cet orifice est assez grande à cause de sa situation postérieure et déclive. Sans hésiter, alors, on agrandit l'incision de façon à pouvoir introduire la main tout entière. Le doigt s'introduit alors facilement à travers le cardia et permet de sentir le dentier, à un pouce et demi de l'orifice. On le saisit alors avec une pince glissée le long du doigt et on peut l'extraire sans difficulté en faisant un léger mouvement de rotation.

Suture soignée de l'estomac par le procédé modifié Czerny-Lambert (suture au surjet de la muqueuse, suture de Lambert à la séreuse). La plaie faite à l'estomac, avait une longueur de quatre pouces. Suture ordinaire de la paroi abdominale.

De même suture de l'œsophage au catgut, drainage avec la gaze iodoformée. Pansement. Le tout avait duré moins de deux heures.

Le choc opératoire fut léger, et la température, deux heures après l'opération, était de 98°6 F. Quatre heures après, légère agitation, on administre un quart de gramme de morphine en suppositoire. A minuit température de 100°4 F. Le pouls est à 80, la respiration est à 30. 14 heures après l'opération on n'avait encore donné aucun aliment par la bouche, mais un lavement nutritif toutes les quatre heures. On procéda ainsi pendant cinq jours sans provoquer d'irritation ; les lavements étaient bien gardés. Du reste pour parer à cet inconvénient, ainsi qu'à l'agitation, on plaçait trois fois par jour un suppositoire morphiné. Le sixième jour il y eut un peu de diarrhée.

45 heures après l'opération, on renouvela la gaze iodo-

formée; on mit une mèche plus petite, la plaie était en bon état, il n'y avait aucun écoulement de salive.

On donne alors par la bouche un peu de lait. La déglutition est facile, sans douleur.

Par la plaie œsophagienne on ne constate aucun écoulement de lait.

On continue l'alimentation.

Le 4 août en faisant le pansement on s'aperçoit qu'un peu de lait passait par la plaie œsophagienne. Devant cet incident trois procédés se présentaient pour alimenter le patient.

a. Introduire une sonde dans l'estomac en passant par la bouche.

b. Introduire la sonde en passant par la plaie œsophagienne désunie.

c. Laisser continuer la déglutition.

On se décida pour le troisième moyen associé au premier.

5 août. — Nuit assez tranquille. On fait les deux pansements. La plaie abdominale est cicatrisée. La plaie œsophagienne a bonne apparence.

8 août. — Nuit mauvaise, un peu de délire.

9 août. — Nuit encore mauvaise. Agitation.

Même état pendant quatre jours. La nutrition languit, malgré l'alimentation, diarrhée.

14 août. — La plaie abdominale est guérie, pas de trace de péritonite.

La plaie du cou présente une légère fistule mais sans trace d'inflammation.

Pansement après chaque repas. On use de lavages phéniqués, d'acide borique, de gaze iodoformée. La malade refuse toute nourriture et ne laisse pas introduire la sonde stomacale qu'il faut glisser de force : elle est dans un véritable état de manie qui fait penser à la changer

d'asile lorsqu'un mieux se produit et s'accroît dès lors de jour en jour.

Le 8 septembre. — La plaie de l'œsophage était complètement cicatrisée et la malade était renvoyée guérie le 13 du même mois.

CESOPHAGOTOMIE PAR LE MÉDIASIN POSTÉRIEUR.

MM. Quénu et Hartmann ont imaginé une voie nouvelle pour aborder l'œsophage par sa partie postérieure, après avoir décollé et refoulé en avant le poumon et la plèvre.

Le procédé comprend les temps suivants :

1° Incision verticale des téguments à égale distance de la ligne médiane et du bord spinal de l'omoplate ; l'épine scapulaire en indique la limite supérieure, le bistouri s'arrêtera inférieurement après un trajet de douze à quinze centimètres.

2° Incision légère de quelques fibres trapéziennes.

3° Incision du rhomboïde ; c'est le seul muscle qu'il soit nécessaire de sectionner.

4° On tombe alors sur le bord externe du muscle sacro-lombaire qu'on récline en dedans pour arriver directement sur l'angle postérieur des côtes.

5° Résection costale portant sur les deuxième, troisième, quatrième, cinquième côtes dans une étendue de deux centimètres.

On crée ainsi un orifice parfaitement suffisant pour introduire la main à décoller et refouler la plèvre et le

poumon et arriver ainsi très facilement dans le médiastin postérieur.

Toutefois on n'y arrive pas aussi facilement d'un côté que de l'autre. A droite la plèvre forme en arrière de l'œsophage un véritable cul-de-sac qui vient s'insinuer entre cet organe et les corps vertébraux.

Pareille disposition n'existe pas à gauche. Aussi, malgré l'aorte et les intercostales qui en partent devra-t-on pénétrer dans le médiastin, de préférence par ce côté.

D'après des études sur le cadavre faites par M. Potarca (*Roumanie médicale*, 1895) cet auteur pense qu'il vaudrait mieux passer à droite de la colonne vertébrale qu'à gauche. A l'appui de son opinion, il donne six coupes, dans lesquelles il montre l'œsophage plus abordable à droite. Mais le désaccord entre ces auteurs est plus apparent que réel. Et en effet, M. Potarca opère beaucoup plus haut que MM. Quénu et Hartmann. Son point de repère est la crosse de l'azygos.

La facilité d'exploration de l'œsophage par cette voie est réelle. Mais y a-t-il avantage à aborder aussi haut l'œsophage dans les cas qui nous occupent ?

L'avenir viendra sans doute prouver la supériorité d'une des deux méthodes.

Pour résumer notre travail nous dirons que le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage, sauf de rares exceptions, est assez facile.

Que l'expectation est absolument interdite.

Les moyens simples, ingestion de glace, d'huile, position déclive, propulsion vers le pharynx sont le plus souvent inutiles; ils sont même nuisibles en ce sens qu'ils

font perdre un temps précieux et par cela même doivent être mis de côté.

Le vomissement ne doit pas être employé.

La propulsion est dangereuse et nous ne saurions la conseiller en raison des risques qu'elle fait courir à l'œsophage, en raison aussi des complications ultérieures auxquelles elle expose.

Parmi les procédés d'extraction, nous pensons que l'on peut essayer sans dommage les pinces pourvu toutefois que les manœuvres soient très douces et peu répétées ; que le corps à extraire soit régulier.

Quant au panier de Graefe, si les services qu'il rend sont nombreux, il peut, par l'impossibilité d'être retiré, aggraver la situation. Nous ne conseillerons donc son emploi que si on a sous la main l'instrumentation nécessaire à l'œsophagotomie externe, que si l'on se sent capable de recourir à cette intervention.

Jamais on ne laissera en place un corps étranger dans l'œsophage.

La question de la suture œsophagienne est subordonnée à l'état des parois de ce canal. Ce qu'il importe surtout, c'est de ne point suturer complètement les plans superficiels.

L'œsophagotomie suffira dans la grande majorité des cas à l'extraction des corps étrangers. La gastrotomie et surtout l'œsophagotomie par le médiastin postérieur ne sont que des procédés d'exception.

Aussi est-ce sur elle que porteront toutes nos conclusions.

CONCLUSIONS

1° L'emploi des pinces, dans le cas de corps étranger de l'œsophage, peut être autorisé, à la condition qu'on s'en serve avec douceur et seulement pour les corps réguliers ;

2° Le panier de Graefe ne doit être employé que par le chirurgien, après qu'il aura pris toutes les précautions pour pratiquer immédiatement l'œsophagotomie externe au cas où il serait impossible de retirer le panier.

3° Toutes les fois que l'extraction par les voies naturelles aura échoué, on fera immédiatement l'œsophagotomie externe.

4° Réserver la gastrotomie, l'œsophagotomie postérieure pour le cas d'exception où les autres méthodes auront échoué.

Vu : le Président de la thèse,
BERGER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

